

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

115

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Max, Louis, Pierre B R E N A U T

né le 17 Août 1930 à TELGRUC -sur-MER (Finistère)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé du Certificat d'Etudes Spéciales
des Maladies de l'Appareil Digestif

Présentée et soutenue publiquement le :

SUR LES SUITES DES ILEOTRANSVERSOSTOMIES
A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS

Président: Mr. BARIETY, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE

1964

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1964

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Max, Louis, Pierre B R E N A U T

né le 17 Août 1930 à TELGRUC -sur-MER (Finistère)

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

Diplômé du Certificat d'Etudes Spéciales
des Maladies de l'Appareil Digestif

Présentée et soutenue publiquement le :

SUR LES SUITES DES ILEOTRANSVERSOSTOMIES
A PROPOS DE QUELQUES OBSERVATIONS

Président: Mr. BARIETY, Professeur.

ÉDITIONS A. G. E. M. P. — 8, RUE DANTE

1/62



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PROFESSEURS

18-1-60

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Aubin (A.), Bénard (H.), Brocq (P.), Bulliard (H.), Cadenat (F.), Chabrol (E.), Champy (C.), Chevallier (P.), Debré (R.), Donzelot (E.), Gastinel (P.), Guillaïn (G.), Halphen (E.), Harvier (P.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Lantuejoul (P.), Laroche (G.), Laubry (C.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Loeper (M.), Marion (G.), Mathieu (P.), Mocquot (P.), Mondor (H.), Monod (R.), Moreau (R.), Olivier (E.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis, Richet (C.), Strohl (A.), Tanon (L.).

DOYEN Léon BINET.

Membre de l'Institut

ASSEESSEUR. Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	CORDIER (G.)
» (Prof ^r à titre personnel)	DELMAS (A.)
Anatomie pathologique	DELARUE (J.)
Anesthésiologie.	BAUMANN (J.)
Bactériologie.	FASQUELLE (R.)
Biochimie médicale.	JAYLE (M. F.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	SCHAPIRA (G.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P.)
Biologie médicale.	FAUVERT (R.)
» » (Prof ^r à titre personnel)	BOURLIERE (F.)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J.)
Clinique carcinologique chirurgicale (Inst. G. Roussy)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	MOUQUIN (M.)
	SICARD (A.)
Cliniques chirurgicales	QUÉNU (J.)
	PATEL (J.)
	GOSSET (J.)
	MOULONGUET (P.)
	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	MERLE D'AUBIGNÉ (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique et réparatrice (Cochin)	GAUDART-D'ALLAINES (F. de)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	MATHEY (J.)
Clinique de chirurgie pleuro-pulmonaire (Laënnec)	DECOURT (J.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	LAMY (M.)
Clinique de génétique médicale (Enfants-Malades)	FUNK-BRENTANO (P.)
Clinique gynécologique (Bocca)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (St-Louis)	CATHALA (J.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Ste-Anne)	HAMBURGER (J.)
Clinique des maladies métaboliques (Necker)	MARCHAL (G.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	LENÈGRE (J.)
	SOULIÉ (P.)
Cliniques médicales	JUSTIN-BESANÇON (L.)
	BARIÉTY (M.)
	DREYFUS (G.)
	KOURILSKY (R.)
Clinique médicale d'hydrologie thérapeutique et climatologie (Bichat)	DEBRAY (C.)
Clinique médicale propédeutique (Broussais)	GENNES (L. de)
Clinique médico-sociale du diabète sucré et des maladies de la nutrition (Hotel-Dieu)	DEROT (M.)
Clinique de neuro-chirurgie (Pitié)	DAVID (M.)
Cliniques obstétricales	LACOMME (M.)
	MERGER (R.)
Clinique obstétricale et gynécologique (Port-Royal)	VARANGOT (J.)
Clinique ophtalmologique (Hôtel-Dieu)	RENARD (G.)
Clinique oto-rhino-laryngologique (Lariboisière)	AUBRY (M.)
Clinique de pédiatrie et de puériculture (St-Vincent-de-Paul)	LELONG (M.)
Clinique de pédiatrie Sociale (Enfants-Malades)	MARIE (J.)
Clinique de pneumo-phthisiologie (Laënnec)	BERNARD (E.)
Clinique psychiatrique infantile (Salpêtrière)	MICHAUX (L.)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale (Cochin)	COSTE (F.)
Clinique stomatologique (Pitié)	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale (Vaugirard)	SÉNÈQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale (St-Antoine)	LEMAIRE (A.)
Clinique urologique (Cochin)	FEY (B.)
Embryologie.	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie (Lariboisière)	SEZE (S. de)
Histologie.	VERNE (J.)

Hygiène et clinique de la première enfance (Trousseau)	MM.	TURPIN (R.)
Hygiène et médecine préventive		JOANNON (P.)
(Prof ^r à titre personnel)		DEPARIS (M.)
Médecine du Travail		DESOLLE (H.)
Médecine légale		PIÉDELIEVRE (R.)
Parasitologie		GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale		COUVELAIRE (R.)
Pathologie exotique		LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée		MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale		MILLIEZ (P.)
Pathologie et thérapeutique générales		GARCIN (R.)
Pharmacologie		CHEYMOL (J.)
» (Prof ^r à titre personnel)		LÉVY (Mlle J.)
Physiologie		BINET (L.)
» (Prof ^r à titre personnel)		BARGETON (D.)
Physique médicale		DOGNON (A.)
» (Prof ^r à titre personnel)		DJOURNO (A.)
Radiologie médicale		DESGREZ (H.)
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale		LÉGER (L.)
Thérapeutique		BROUET (G.)

II. — PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGRÉGÉS ET MAÎTRES DE CONFÉRENCES - AGRÉGÉS

MM.	MM.
Anatomie { CABROL (C.) COUINAUD (G.) OLIVIER (G.)	Orthopédie { JUDET (R.) RAMADIER (J.)
Anatomie pathologique { CAUTHIER-VILLARS (Mlle P.) pr. s. ch. BUSSET (F.) GOUYGOU (Ch.) ORCEL (L.) PAILLAS (J.)	Oto-rhino-Laryngologie DEBAIN (J.)
Anesthésiologie VOURC'H (G.)	Parasitologie { BRUMPT (L.G.), pr. s. ch. CHABAUD (A.)
Bactériologie { NÉVOT (A.) pr. s. ch. BARBIER (P.) CHRISTOL (D.) TOURNIER (P.)	Pathologie chirurgicale { BARCAT (J.) BINET (J.-P.) CAUCHOIX (J.) CHATELIN (G.-L.) DUBOST (Ch.) DUBOST (Cl.) FAUREL (J.) FLABEAU (F.) GERMAIN (A.) LAURENCE (G.) agr. par. LORTAT-JACOB (J.-L.) LOYGUE (J.) MERCADIER PERROTIN (J.) ROBERT (H.) THOMERET (G.)
Biochimie médicale { DESGREZ (P.), pr. s. ch. POLONOSKI (J.), m. conf.	Pathologie exotique SCHNEIDER (J.)
Biologie appliquée à l'Éducation Physique et aux Sports PLAS (F.)	Pathologie expérimentale { CROSNIER (J.) HARTMANN (L.) LÆPER (J.) MAURICE (J.) RICHEL (G.)
Carcinologie { DENOIX (P.) MATHE (G.)	AUSSANNAIRE (M.) BOUR (H.) BOUVIER (J.) BOUVRAIN (Y.) BRICAIRE (H.) BRISSAUD (H.) BROCARD (H.) BUGE (A.) CASTAIGNE (P.), m. conf. CATINAT (J.) CONTAMIN (F.) COURY (G.) FREZAL (J.) HOUSSET (E.) LAROCHÉ (Cl.) LESOBRE (R.) MACREZ (C.) NICK (J.) PEQUIGNOT (H.) m. conf. ROYER (P.) WOLFROMM (R.)
Dermato-Syphiligraphie DUPERRAT (B.)	
Electro-Radiologie LEDOUX-LEBARD (G.)	
Embryologie TUCHMANN-DUPLESSIS (H.), pr. s. ch.	
Hématologie { BILSKI-PASQUIER (G.) DAUSSET (J.)	
Histologie { COUJARD (R.) pr. s. ch. MAROIS (M.) RACADOT (J.)	
Hydrologie CORNET (A.)	
Hygiène { BOYER (J.), pr. s. ch. CORRE-HURST (Mme L.)	
Maladies infectieuses { BASTIN (R.) DUPONT (V.)	
Médecine légale { DEROBERT (L.), pr. s. ch. HADENGUE (A.) FOURNIER (E.) QUENIOT (M.)	
Médecine du travail ALBAHARY (C.)	
Neurologie LHERMITTE (F.)	
Obstétrique { GRANJON (A.) HERVET (E.) LE LORIER (G.) MORIN (P.) MUSSET (R.) ROBEY (M.) THOYER-ROZAT (J.)	
Ophthalmologie { BRÉGEAT (P.) SARAUX (H.)	

	MM.		MM.
	JOSEPH (R.)	Pneumo phtisiologie . . .	KREIS (B.)
	MANDE (R.)	Psychiatrie	PICHOT (P.)
Pédiatrie-Puériculture . . .	NOZZICONACCI (P.)	Psychiatrie infantile . . .	DUCHÉ (D.)
	POLONOVSKI (C.)	Rhumatologie	DELBARRE (F.)
	ROSSIER (A.)		
Pharmacologie	BOISSIER (J.)		CERNÉA (P.)
	LECHAT (P.)	Stomatologie	CHAPUT (A.), m.c. agr
Physiologie	PARROT (J.), pr. s. ch.		GRELLET (M.)
	DEJOURS (P.)	Thérapeutique	CHASSAGNE (P.)
	GOUGEROT (L.), m. conf.		LAMOTTE (M.)
Physique médicale	pr. s. ch.	Urologie	QUENU (L.)
	KELLERSHOHN		

III. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

	MM.		MM.
Anatomie	DEBEYRE		
	ABOULKER (P.)	Clinique obstétricale . . .	GRASSET (J.)
	AMELINE (A.), pr. s. ch.		LEPAGE (F.)
	HUGUIER (J.)		MAYER (M.)
Clinique chirurgicale . . .	OLIVIER (C.)		RAVINA (J.)
	PADOVANI (P.)	Clinique ophtalmologique	DESIGNES (P.)
	POILLEUX (F.)		OFFRET (G.)
	ROUX (M.)	Clinique oto-rhino-laryngo- logique	MADURO (R.)
	VERNE (J.-M.)	Clinique pédiatrique et pué- riculture	LAPLANE (R.)
	BOUDIN (G.)	Clinique psychiatrique . .	BARUK (H.)
	CONTE (M.)	Clinique urologique . . .	KUSS (R.)
Clinique médicale	DOMART (A.)	Médecine légale	GAULTIER
	PERRAULT (M.)		
	RAMBERT (P.)		
	THIEFFRY (S.)		
	TURIAF (J.)		

IV. — PROFESSEURS DÉTACHÉS DANS LES UNIVERSITÉS ÉTRANGÈRES

Bactériologie	HAUDUROY (P.) Pr. s. ch
Biochimie médicale	ETTORI (J.) Pr. à t. pers.
Pathologie chirurgicale	RUDLER (J.) Pr. s. ch.

Secrétaire général de la Faculté . .	M. LENA (J.)
Secrétaires	M ^{me} BEURLAND (H.), M ^{lle} CHAINTREUIL (G.), M ^{lle} HURÉ (A.)
Conservateur en Chef	M. le Docteur HAHN (A.)
Conservateurs	Miles DUMAITRE (P.), GOICHON (A.-M.)
Bibliothécaires	{ Mmes CONTET (J.), FORGET (F.), Miles LAURENT (H.), LE NOIR (G.), QUIÉVREUX (E.)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

Chevalier de la Légion d'Honneur

Intendant du Sanatorium de Sainte-Feyre

Dont la disparition prématurée nous a causé
un si grand chagrin.

A MA MERE

Qu'elle trouve ici un faible témoignage
de ma profonde affection, et de toute ma re-
connaissance pour les lourds sacrifices qu'elle
m'a consentis.

A MON EPOUSE

Avec tout mon amour.

A MES ENFANTS

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553817_0052

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURICE BARIETY

Professeur de Clinique Médicale à la

Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie Nationale de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Qui nous fait le grand Honneur de bien vouloir
présider notre Jury de Thèse après nous avoir
prodigué son Enseignement.

Que ce modeste travail puisse lui exprimer
l'hommage de notre respectueuse déférence.

A NOTRE JURY DE THESE

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR RAYMOND DUPUY

Médecin des Hôpitaux de Paris

Professeur au Collège de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Qui nous a guidés avec bienveillance dans ce travail, après nous avoir enrichi de son Enseignement.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR JACQUES MIALARET

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chevalier de la Légion d'Honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR GILLES EDELMAN

Chirurgien des Hôpitaux de Paris

et

A MONSIEUR LE DOCTEUR ANDRE BUSSON

Dont nous avons pu apprécier l'Enseignement et les conseils.

A NOS MAITRES DE L'ECOLE DE MEDECINE DE LIMOGES

A NOS MAITRES DE L'ECOLE ANNEXE DE SANTE NAVALE

DE ROCHEFORT

(Année 1948-1949)

A NOS MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

(Externat)

1952 . Monsieur le Docteur J. MIALARET

1953 . Monsieur le Professeur M. BARIETY

Monsieur le Professeur Agrégé B. DUPERRAT

1954 . Monsieur le Professeur Agrégé J. CATINAT

Monsieur le Docteur R. DUPUY

1955 . Monsieur le Professeur B. FEY

Monsieur le Docteur L. STUHL

1956 . Monsieur le Docteur R. DUPUY

Monsieur le Docteur G. SEILLE

1957 . Monsieur le Docteur J. MARCHAND (in memoriam)

1959 . Monsieur le Professeur Agrégé J. THOYER-ROZAT

Monsieur le Docteur J. ROUFFIAT

1960 . Monsieur le Docteur J.P. MAY

INTRODUCTION

A l'occasion de diverses observations d'iléotransversostomies nous avons été amenés, sur le conseil de notre Maître le Docteur Raymond DUPUY, à analyser les résultats de ces interventions.

Ceci nous a conduits à étudier :

1°) l'historique sommaire de l'anastomose iléo-transverse ;

2°) l'incidence des indications sur les résultats constatés

- dans les cas que nous avons relevés dans la littérature médicale qu'il nous a été possible de consulter ;

- dans les observations que nous avons retrouvées dans plusieurs services hospitaliers : ceux de nos Maîtres les Docteurs R. DUPUY, J. MIALARET, G. SEILLE.

3°) les analogies ou les différences des résultats des iléotransversostomies et de ceux d'autres interventions, telles que résections étendues ou localisées de l'intestin grele hémicolectomies droites, et certaines entéro-anastomoses autres que les iléotransversostomies.

Précisons d'emblée que nous n'envisagerons, dans notre étude des iléotransversostomies, que celles qui ont

été pratiquées sans résection caecale ni colique. Ceci nous fait éliminer de ce travail toutes les iléotransversostomies pratiquées pour tumeur maligne du colon (et particulièrement du caeco-ascendant), car

- ou bien elles sont pratiquées après une hémicolectomie droite.

- ou bien, purement palliatives, elles laissent en place, pour quelque raison que ce soit (contre indication locale, régionale ou générale) une tumeur inextirpée : cette dernière va donc fausser l'appréciation des résultats de l'iléotransversostomie par son retentissement fonctionnel et général.

Quant à la technique chirurgicale, il n'est pas de notre compétence de l'exposer. Nous nous contenterons de signaler diverses modalités de l'iléotransversostomie.

Cette anastomose entre l'iléon et le colon transverse peut être

I - latéro-latérale, avec plusieurs variantes :

a - iso ou anisopéristaltique

b - mais surtout, fait plus important, se pratiquera ;

- soit sans section iléale : la continuité de

l'intestin grêle est respectée (c'est l'entéro-anastomose pure et simple) ;

soit après section ou résection iléale, réalisant une solution de continuité de l'intestin grêle :

un ou deux culs de sac iléaux, de longueur variable (importante ou nulle) sont alors laissés dans

l'abdomen l'un pouvant d'ailleurs être abouché à la peau. Ainsi est réalisée une iléotransversostomie avec exclusion unilatérale ;

1 - L'iléotransversostomie latéro-latérale avec exclusion bilatérale du segment court circuité suppose un isolement complet du colon droit hors d'atteinte du flux digestif.

2 - Une anastomose termino-latérale est pratiquée en abouchant l'extrémité distale du segment proximal de l'anse anastomosée sur toute sa circonférence de section avec le colon transverse (elle réalise aussi une exclusion unilatérale) ;

3 - L'anastomose iléo-transverse latéro-terminale, et l'anastomose termino-terminale supposent un isolement complet ou l'ablation de tout le colon droit.

Seules feront partie de notre étude les iléo-transversostomies latéro-latérales avec ou sans exclusion unilatérale, et les iléotransversostomies termino-latérales.

Ier CHAPITRE

HISTORIQUE

=====

Après la lecture de nombreuses publications, dont certaines sont antérieures à 1900, il ne nous a pas semblé que se soit dégagée d'emblée l'intention d'anastomoser l'iléon au colon transverse; cette intervention n'a été qu'une des possibilités multiples de l'entéroanastomose. C'est dire que nombreux sont les auteurs qui, ayant écrit sur ce sujet, envisagent l'entéroanastomose, plus que l'iléotransversostomie, dans le cadre général des dérivations internes du flux digestif .

Tandis que la plupart des auteurs français, et même allemands (tel VON HACKER), font remonter la première entéroanastomose réalisée en clinique à MAISONNEUVE (publication de 1854 à la Société de Chirurgie), un auteur américain, D.K. CLAWSON, dans un article publié en 1953, en attribue le mérite à Philip PHYSICK en 1809 (publication rapportée par B. H. COATES dans le "North américain and surgical Journal"); CLAWSON cite ensuite, outre les travaux de LEMBERT et JOBERT en 1826, une communication de DUPUYTREN à ce sujet.

Quoiqu'il en soit, nous avons pu consulter quelques unes des publications d'entéroanastomoses parues avant le début du 20^e siècle; et il convient de citer :

- la communication de MAISONNEUVE, en 1854, qui concerne deux "anastomoses entre l'intestin grêle et le caecum (...) pour étranglement interne"... ayant entraîné une péritonite fatale par lâchage de sutures;

- En 1865, TRENDELENBURG réalise la première exclusion de l'intestin en clinique (1);
- En 1888, VON HACKER, tout en accordant à MAISONNEUVE la priorité dans l'utilisation clinique de l'entéroanastomose, n'en cite pas moins plusieurs publications dans les **journaux de langue germanique**:
 - . celle de H. FISCHER, dans le "Handbuch der Kriegschirurgie" en 1882;
 - . celle de E. HAUER (2), qui rapporte un cas de résection intestinale et d'enterorrhaphie pratiquées à la clinique Billroth;
 - . celle d'ALBERT, dans son livre sur l'enseignement de la chirurgie, paru à VIENNE en 1885.

VON HACKER rapporte deux observations d'iléocolostomies;

- En 1888 toujours, nous avons lu le compte-rendu des travaux de Nicholas SENN, travaux non plus cliniques, mais expérimentaux chez le chien et le chat. Cet auteur, sur 14 iléocolostomies expérimentales, mentionne 2 iléotransversostomies.
- Travail expérimental encore que celui de SALZER, sur l'entéroanastomose et l'exclusion (1).

Au début du 20^e siècle, les publications françaises et étrangères se font plus nombreuses. Il n'est ni dans notre intention, ni en notre pouvoir, de les citer toutes. Nous nous contenterons de signaler certaines d'entre elles, et nous ne retiendrons que celles des auteurs qui ont plus spécialement publié sur l'iléo-transversostomie et sur ses suites.

(1) Cité in LANCE, thèse PARIS 1903

(2) in "Zeitschrift für Heilkunde", PRAGUE, 1884

Sur le plan expérimental, outre les travaux de SENN en 1888, nous avons retenu les publications de CANNON et MURPHY en 1906 de ESTES, HOLM, en 1932 et 1933, de PEARSE en 1934, de PETRI et collaborateurs en 1941, de ECKEL et HOLMAN en 1944, de WATTSON et collaborateurs en 1948, de KRAMEN et collaborateurs en 1954.

Parmi les observations cliniques d'iléotransversostomies et de leurs suites, nous notons celles de BOECKEL en 1911; BERARD, KUMMER en 1920; MIGINIAC en 1921; PAUCHET en 1922; OKINCZYK en 1923; LITTLE et collaborateurs en 1929; NARBESHUBER, en 1931; ESTES et HOLM en 1932; PICKHARDT en 1933; URMY et collaborateurs en 1934; CHRISTOPHER en 1935; ESTES en 1937; GINSBURG et collaborateurs, BARKER et HUMMEL en 1939; BOMPART en 1941; DUPONT, BARBIER en 1942; TURNER, COIQUAUD, CUFFEL en 1943; LE CAIN; ECKEL et HOLMAN en 1944; JANVIER, COUAILLIER en 1945; PATRICE en 1947; BLACK et Mc EACHERN, POSEY et BARGEN, en 1948; CAMERON et collaborateurs, MAYER et CRISP, en 1949; HEIFETZ et SENTURIA en 1950; ROUX et TROUILLARD en 1951; BOMPART en 1952; CLAWSON en 1953; GRACE en 1956; MELCHIOR; JESSEDER et HONETZ; Mc. EACHERN et collaborateurs, en 1957.

C'est volontairement que nous avons omis de citer ici le nom de nombreux auteurs, ayant publié sur l'entéroanastomose, mais dont les publications n'envisagent pas de façon explicite les suites des iléotransversostomies. C'est aussi intentionnellement que nous n'avons pas séparé, dans ce chapitre, les diverses indications pour lesquelles ces anastomoses ont été pratiquées: ceci sera le sujet du chapitre suivant.

2ème CHAPITRE

EXPOSE SUR LES OBSERVATIONS RELEVÉES
DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE

=====

Notre objet n'a pas été de recopier toutes les observations d'entéro-anastomoses que nous avons relevées dans la littérature; notre prétention n'est pas d'avoir consulté tous les articles traitant des iléotransversostomies, en langue française, allemande, ni anglaise (les seules que nous soyons capable d'interpréter). Notre relevé est donc certainement incomplet.

Nous préciserons d'autre part que, en raison des divers travaux récapitulant telle indication, telle complication, tels symptômes, plusieurs auteurs se citent réciproquement: nous donnerons à ce sujet l'exemple de la thèse de CHOSSON, parue à MONTPELLIER en 1927, qui collige 40 observations, sur lesquelles 9 sont parmi les iléotransversostomies qui nous occupent, mais qui 7 fois sont des "redites" d'auteurs précédents.

En tenant compte des recoupements effectués à l'égard de ces observations, la compilation de nombreux articles ne nous a permis de rassembler qu'un nombre relativement modeste d'iléotransversostomies.

En outre, nous n'avons tenu compte que des publications où les auteurs précisaient, de façon explicite, les segments intestinaux anastomosés: c'est ainsi que nous avons éliminé, bien qu'il y ait sûrement dans leur nombre des iléotransversostomies authentiques, toutes les observations où le compte-rendu opératoire mentionnait seulement: "iléocolostomie", ou "entéro-anastomose".

Ceci posé, nous allons citer les observations d'iléotransversostomies que nous avons relevées, en les groupant d'après les indications qui ont poussé à leur confection.

I - ILEOTRANSVERSOSTOMIES POUR OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES

A - Il nous a été possible d'en noter un certain nombre, relevées dans diverses publications.

- En 1919, dans son article, sur 9 observations d'occlusions opérées, HARRIGAN rapporte 2 iléotransversostomies pratiquées pour occlusions post-opératoires;

- En 1920, INGEBRIGTSEN, sur 7 entéro-anastomoses, cite une iléotransversostomie; son rapporteur, OKINCZYK, sur 3 entéro-anastomoses, n'en cite aucune ;

La même année, KUMMER décrit une complication après anastomose iléotransverse effectuée quelques mois auparavant pour occlusion post-appendiculaire;

- En 1924, RAYNER rapporte une iléotransversostomie pour occlusion post-appendiculaire;

- En 1926, l'une des deux observations de LONG a trait à une iléotransversostomie pour ileus post-appendiculaire;

- En 1927, CHOSSON, dans sa thèse, relate 3 iléotransversostomies (N° 12, 13, 14): ce sont celles des auteurs que nous venons de citer;

- En 1930, VAUGHAN relate dans son article 2 iléotransversostomies sur 4 iléocolostomies effectuées pour occlusion post-opératoire (N° 1159 et 4365);

- En 1932, BARRET (Rapport de A. MARTIN) publie 1 observation d'iléotransversostomie pour occlusion post-opératoire (après appendicectomie);

La même année, ESTES et HOLM, après avoir publié 4 observations d'entéro-anastomoses, dont une iléotransversostomie pour

occlusion post-appendiculaire (et sur ces 4 observations, deux concernent des complications de cette anastomose), rapportent le résultat de leur expérimentation d'entéro-anastomoses sur 7 chiens.

- En 1933, HOLM rapporte 2 observations d'anastomoses latérales pratiquées pour "obstruction complète de l'iléon terminal, suites d'adhérences", dont une iléotransversostomie;

La même année, DUNCOMBE rapporte une iléotransversostomie dans un cas d'occlusion post-appendiculaire;

- En 1934, LE BOEUF, dans sa thèse, sans rapporter d'observation personnelle nouvelle, cite 10 iléotransversostomies sur lesquelles nous retiendrons :

- celle de HAECKEL (1), pratiquée pour occlusion post-appendiculaire;

- celle publiée dans le "British Journal of Surgery" en 1924;

- celle de FARNSWORTH (2), qui concerne une iléotransversostomie pour occlusion 8 jours après une intervention pour salpingite;

- En 1935, CHRISTOPHER rapporte l'observation d'une "erreur" de localisation de l'anastomose, qui, pratiquée pour occlusion post-opératoire, se voulait iléo-transverse, mais été jéjuno-transverse;

- En 1936, parmi les 7 observations de BOMPART, d'entéro-anastomose pour occlusions post-opératoires, HUET rapporte une iléotransversostomie.

(1) Cité in : thèse de LAMY (observation n° 8), Paris 1908

(2) Cité également dans la thèse de FOUCAULT (Paris 1923)

- En 1937, ESTES, sur 5 observations d'entéro-anastomoses, rapporte 2 iléo-transversostomies (pour occlusions post-appendiculaires), et récapitule à la suite des faits observés, diverses publications américaines à ce sujet;
- En 1941, BOMPART, rapporté par J. QUENU, relate 4 observations d'iléotransversostomies (dont 3 nouvelles) pratiquées pour occlusions post-opératoires;
- En 1942, DUPONT, également rapporté par J. QUENU, relate une iléotransversostomie sur 5 entéro-anastomoses;

BARBIER (1) en cite quatre;

- En 1943, COIQUAUD, dans sa thèse, rapporte 4 iléotransversostomies pour occlusions post-appendiculaires ;

CUFFEL dans sa thèse en rapporte une observation;

- En 1944, sur 17 entéro-anastomoses pour occlusions, LE CAIN dans sa thèse, cite 14 iléotransversostomies, dont 2 inédites;
- En 1945, JANVIER, et LANCE, rapportés par J. QUENU, relatent 9 iléotransversostomies pour occlusions post-opératoires;

SEYER, sur 36 observations d'occlusions post-opératoires, rapporte, dans sa thèse, 2 iléotransversostomies (dont l'une sera compliquée et étudiée dans le rapport de ROUX et TROUILLARD en 1951);

COUAILLIER dans sa thèse, en publie 6 observations (dont une est une erreur de localisation de l'anastomose);

- En 1946, ZAGDOUN, rapporté par J. QUENU, relate brièvement une iléotransversostomie pour occlusion post-appendiculaire;

(1) Egalement citées dans la thèse de LE CAIN (Paris 1944)

- En 1947, PATRICE construit sa thèse sur 8 iléotransversostomies pour occlusions post-opératoires;
- En 1948, MAYER et GRISP publient une observation de tétanie après iléotransversostomie;
- En 1950, HARBISON apporte une observation d'iléotransversostomie chez une multi-opérée en occlusion;
- En 1951, JOYEUX, rapporté par J. SENEQUE, publie une iléo-transversostomie pour occlusion post-appendiculaire;
- tandis que ROUX et TROUILLARD, sur 7 entéro-anastomoses, étudient 5 iléotransversostomies (dont l'une a déjà été publiée dans la Thèse de SEYER en 1945);
- En 1952, BOMPART, tout en apportant trois nouvelles observations d'entéro-anastomoses dans le traitement de l'occlusion post-opératoire, dont 2 iléotransversostomies et 1 jéuno-transversostomie évoque la fréquence du syndrome "sprue" après entéro-anastomose;
- BOLOT, rapporté par M. ROUX, publie 3 iléotransversostomies pour occlusions;
- En 1957, JESSEDER et HONETZ rapportent l'observation d'une tétanie survenue à la suite d'une iléotransversostomie, pratiquée pour occlusion après appendicectomie, 33 ans auparavant.

Dans le cadre des iléotransversostomies effectuées pour occlusions post-opératoires, nous ne saurions passer sous silence le travail de PEARSE, en 1934, qui fait part du résultat de ses études expérimentales sur le segment intestinal occlus. Cet auteur s'appuie sur 60 observations canines, et son travail intéresse surtout les iléotransversostomies latéro-latérales sans exclusion.

Au total, nous pouvons noter 71 iléotransversostomies pour occlusions post-opératoires, mentionnées de façon explicite dans les publications que nous avons consultées.

Sur ces 71 observations, quelles sont celles que nous retiendrons pour notre étude sur les suites de cette intervention ?

Dans 30 cas, les auteurs mentionnent au sujet des résultats : "guérison", ou "amélioration", ou "perdu de vue" . . . ou bien ne précisent aucun des symptômes constatés postérieurement à l'intervention.

Restent donc 40 publications ou des anomalies ont été mentionnées; ce sont celles de HARRIGAN, KUMMER, VAUGHAN, ESTES et HOLM, CHRISTOPHER, ESTES, BOMPART, BARBIER, COQUAUD, LE CAIN, JANVIER et LANGE, COUAILLER, PATRICE, MAYER et GRISP, ROUX et TROUILLARD, BOLOT, JESSEDER et HONETZ.

Ce sont ces observations que nous allons examiner maintenant.

B - Notes sur les observations d'iléotransversostomies pour occlusions post-opératoires :

HARRIGAN - Obs. N° 2 - Occlusion chez un garçon de 19 ans appendicectomisé 11 mois auparavant.

Iléotransversostomie le 18 août 1914

Suites :

- normales pendant 6 jours;
- à partir du 24/8/1914, un syndrome occlusif se complète peu à peu;
- troisième intervention le 29/8/1914: adhérences entre le transverse et l'intestin grêle au contact de l'anastomose. section des adhérences, guérison.

KUMMER - Iléotransversostomie pour occlusion post-opératoire.

Syndrome subocclusif quelques mois plus tard; puis, occlusion aiguë, avec signes péritonéaux, 18 mois après l'établissement de l'anastomose iléo-transverse.

A l'intervention : bride comprimant l'iléon moyen au-dessous de l'anastomose. Hémicolectomie droite; guérison.

VAUGHAN- Deux observations d'iléotransversostomies pour occlusion effectuées sans résultat: persistance des troubles occlusifs.

ESTES et HOLM -

Observation d'un garçon de 12 ans, qui souffre d'une occlusion post-appendiculaire.

Iléotransversostomie qui ne peut être laissée en fonction plus

d'un mois, en raison de :

- diarrhée importante et douloureuse;
- dénutrition, déshydratation, asthénie.

Réintervention au bout d'un mois:

- l'anse court-circuitée est très modifiée: allongée (de 90 cm à 3 mètres), dilatée, enflammée, ulcérée;
- les 30 derniers centimètres sont obstrués par des adhérences,
- on résèque l'anse exclue (en conservant l'anastomose), et si l'on note un peu de diarrhée pendant plusieurs mois, l'état général est excellent un an plus tard.

HOLM -

Iléotransversostomie pour occlusion post-opératoire.

Suites :

- diarrhée, borborygmes, météorisme;
- chute de poids marquée, débilité, conservation de l'appétit;
- anse court-circuitée: allongée, dilatée, ulcérée.

Guérison par résection de cette anse.

CHRISTOPHER - Iléotransversostomie: erreur de localisation de l'anastomose (jéjuno-transversostomie).

ESTES -

Observations N° 2 et 4

Troubles dus à l'anse court-circuitée par iléo-transversostomie.

- diarrhée, vomissements, douleurs abdominales intermittentes, borborygmes,
- dénutrition, déshydratation; état "toxique";
- ondulations péristaltiques, dilatation de l'intestin sous-anastomotique (entérite ulcérate).

Résection de l'anse malade 8 mois après l'établissement de l'anastomose (observation n° 4)

Guérison après longue convalescence (observation n° 2).

BOMPART -

- a - 1941 - Obs. n° 1 : diarrhée pendant 1 an
Obs. n° 2 : diarrhée pendant 2 ans

- b - 1952 - Obs. n° 3 :

- diarrhée éphémère à 8 selles par jour
- anémie à 2.800.000 g.R.)
- oedème des membres inférieurs) transitoires

Guérison par extrait hépatique

Ob. n° 7 :- 2 selles par jour

- amaigrissement, asthénie
- bouffissure de la face
- troubles des phanères (chute des poils, déformations des ongles);
- aménorrhée.

Traitement : régime hyperprotidique, vitaminothérapie.

BARBIER - Obs. n° 2 : décès 2 mois plus tard (enterorragie incoercible)
 Obs. n° 3 : pendant 2 mois, 6 à 8 selles par jour
 Obs. n° 4 :

- météorisme;
 - plusieurs selles quotidiennes pendant quelques jours.
- Etat normal au bout de 3 semaines.

Obs. n° 5:

- selles liquides pendant plusieurs jours;
 - affaissement progressif du météorisme;
- Guérison.

COIQUAUD - Obs. n° 1 : diarrhée 3 ans après l'établissement de l'anastomose.
 Obs. n° 2 : diarrhée persistante.
 Obs. n° 4 : décès la nuit même de l'intervention (collapsus).

PATRICE - Obs. n° 1:

- météorisme persistant jusqu'à évacuation du bouton d'anastomose;
- "selles un peu plus fréquentes que normalement, sans diarrhée véritable".

Obs. n° 4: 2 selles pâteuses par jour pendant plusieurs mois.

Obs. n° 6: Iléotransversostomie pour occlusion post-opératoire; pas d'élimination du bouton d'anastomose.

Occlusion itérative 14 jours après l'établissement du court circuit. Décès dans la cachexie après fistule.

Obs. n° 7: plusieurs selles fluides par jour.

LE CAIN - Obs. n° 21: décès le 7° jour après l'intervention.

Obs. n° 30: pendant 10 jours, 5 à 6 selles diarrhéiques par jour, puis 2 selles quotidiennes.

JANVIER, LANGE -

Obs. n° 1 de LANGE: décès le soir de l'opération

Obs. n° 1 et n° 3 de JANVIER: au bout d'un an et plus, "petites crises abdominales éphémères suivies de diarrhée".

COUAILLIER-

1ère Obs.: gros abcès de paroi

2ème Obs.: erreur de localisation de l'anastomose (jéjunotransversostomie); décès 1 mois après (contrôle anatomique).

Obs. n° 1:

- fistule stercorale, qui se ferme spontanément;
- diarrhée pendant 5 à 6 jours;
- 3 ans après: on constate 2 fois par an une crise abdominale aiguë, suivie de l'évacuation de selles molles et mousseuses; ces épisodes paraissent en rapport avec des excès alimentaires.

Obs. n° 3:

- diarrhée: 15 selles au début; puis le nombre des selles diminue, mais la diarrhée persiste 2 mois;
- glossite et "oesophagite" pendant 8 jours;
- 1 an après: tous les deux mois, apparition d'un "petit syndrome abdominal" (crise de constipation, qui dure de 24 à 48 heures, suivie de diarrhée pendant 2 à 3 jours.

MAYER et CRISP-

Garçon de 17 ans, appendicectomisé en 1935 à l'âge de 5 ans.
Occlusion le 17 janvier 1947: résection de 40 cm d'iléon gangréné.

2ème intervention: anastomose latéro-latérale des deux extrémités du grêle sectionné. Dans les suites, on note 2 fistules stercorales.

3ème intervention: iléo-transversostomie latéro-latérale, et exclusion complète de l'anse grêle fistulisée.

Suites :

- 3 à 4 selles pâteuses, fétides, par jour;
- fistule par la cicatrice de laparotomie (l'injection diodrast par cette fistule opacifie l'anse occluse, qui apparaît dilatée);
- poids: 50, 7 Kg (112 lbs);
- syndrome clinique de tétanie;
- radiologie (examen par transit):
 - 1- l'angle colique gauche est atteint au bout de 1 heure;
 - 2 - bon fonctionnement de l'anastomose;
 - 3 - pas d'opacification du colon droit ni de l'anse efférente;
 - 4 - le siège de l'anastomose paraît pouvoir être localisé sur le haut-iléon ou le bas-jéjunum;
- pas d'anomalie hématologique;
- calcémie: 68 mg. par litre (= 3, 4 mEq);
- protides : 63 g. par litre;
- réserve alcaline : 54 volumes;
- urée : 0, 34 g. par litre;
- chlore : 5, 82 g. par litre (= 163 mEq)

ROUX et TROUILLARD -

Obs. n° 1 :

- a - pendant "un certain temps", 5 à 6 selles liquides par jour; amaigrissement.
- b - 4 ans 1/2 après l'anastomose, malgré un régime assez strict, sans graisse ni farineux, diarrhée liquide intermittente surtout après des écarts de régime (qui déclenchent une diarrhée faite de 2 à 3 selles liquides quotidiennes).

Poids et taille en rapport avec l'âge.

Obs. n° 2 :

- plusieurs selles assez liquides par jour;
- malgré un régime, aggravation: 10 à 12 selles liquides par 24 heures (quelquefois incontinence); amaigrissement de 10 Kg.

Pas d'effet du traitement médical;

- réintervention: dilatation importante du grêle surtout en amont de l'anastomose.

La suppression de l'iléo-transversostomie entraîne la disparition des troubles: une selle quotidienne bien moulée;

l'état général est transformé 3 mois après.

Obs. n° 4: 2 ans et 7 mois après établissement de l'anastomose, selles liquides et régulières (quelquefois incontinence); le poids est normal, l'activité professionnelle a été reprise.

Obs. n° 5 :

- diarrhée, 10 à 12 selles par jour;
- déshydratation, altération de l'état général;
- l'anastomose iléo-transverse doit être supprimée 6 semaines après sa création; aucun trouble n'a été signalé depuis.

BOLOT - Obs. n° 9 : 6 mois après l'établissement de l'iléotransversostomie, on note 3 selles par jour.

Obs. n° 20: "guérison après des suites troublées".

JESSEDER et HONETZ -

- Tétanie 34 ans après iléotransversostomie
- Selles : 5 à 7 par jour, liquides
- Coprologie : "résidus alimentaires et graisses neutres" dans les matières fécales.
- Calcémie: 72 mg. par litre (=3,8 mEq).

A l'intervention, on résèque 1 mètre d'iléon court-circuité; le calibre de l'anastomose est trop étroit (6 x 2,5 cm)

Décès en peu de temps.

C - Quelles ont donc été ces "anomalies" constatées dans les suites des iléotransversostomies pratiquées pour occlusions post-opératoires ?

Dans ces 38 observations (si nous éliminons les 2 jéuno-transversostomies pratiquées par erreur, et sur lesquelles nous reviendrons), nous relevons :

- 5 décès du 1er au 8ème jour après l'intervention (BARBIER,

COIQUAUD, PATRICE, LE CAIN, JANVIER);

- Une occlusion par bride (KUMMER);

- Une occlusion par adhérences entre le colon et l'anse anastomosée (HARRIGAN);

- 2 fois, des troubles occlusifs ou subocclusifs attribués au bouton d'anastomose (PATRICE);

- 3 cas où l'entéro-anastomose n'a pas répondu aux espoirs qui étaient mis en elle : les troubles occlusifs ont continué d'évoluer (VAUGHAN, HARRIGAN);

- Un abcès de paroi (COUAILLIER);

- Une fistule stercorale (COUAILLIER), une fistule de l'anse grêle exclue (MAYER et CRISP);

- 2 erreurs de localisation de l'anastomose qui, se voulant iléo-transverse, s'est faite jéjuno-transverse (et une 3ème observation où l'anastomose a été pratiquée sur une anse iléale haute).

Revenons de façon plus précise sur la symptomatologie plus élémentaire.

1 - Parmi les signes fonctionnels, on a constaté :

a - des modifications fécales dans 26 observations : consistance pâteuse (2 cas), bien plus souvent liquide (24 cas); le nombre des émissions varie de 2 à 15 selles par 24 heures; la durée de ces troubles n'est pas constante non plus, allant de quelques jours (4 à 6) à quelques mois et même plusieurs années: 3, et même 34 ans après l'établissement du court-circuit (observation de JESSEDER et HONETZ, à qui nous devons d'ailleurs le seul examen coprologique de cette série; cet examen a montré l'existence de "résidus alimentaires et de graisses neutres" dans les selles);

b - des douleurs abdominales dans 6 cas et, fait particulier, ces douleurs se voient surtout à distance de l'intervention, et surviennent par crises :

- soit accompagnées de tout un cortège de troubles qui font partie du tableau de la "maladie des anastomoses" comme le dit BOMPART, avec ses signes fonctionnels, généraux, ses ondulations péristaltiques, et son entérite ulcéreuse de l'anse exclue (HOLM; ESTES);

- soit à l'occasion d'épisodes douloureux aigus survenant souvent à l'occasion d'excès alimentaires, 2 à 6 fois par an (JANVIER, COUAILLIER), suivis de diarrhée, et parfois précédés de constipation, et au sujet desquels les auteurs semblent évoquer une réperméation du trajet naturel digestif.

c - Comme autres troubles moins fréquemment cités, nous notons :

- des borborygmes (3 fois)
- des vomissements (1 fois)
- une enterorragie incoercible (1 fois)
- une aménorrhée (1 fois)

2 - Parmi les signes généraux :

- a - l'amaigrissement est constaté 8 fois et "l'altération de l'état général" se rencontre 2 fois;
- b - l'appétit est augmenté 1 fois, conservé ailleurs;
- c - l'asthénie est notée 2 fois.

3 - Parmi les signes physiques, peu sont d'une fréquence notable :

- a - une glossite (COUAILLIER);
- b - une oesophagite (COUAILLIER);
- c - 2 fois on a noté des ondulations péristaltiques;
- d - 4 fois, du météorisme est signalé : 1 fois en rapport avec un retard d'évacuation du bouton d'anastomose; 2 fois dans les 2 ou 3 semaines suivant le court-circuit; 1 fois dans le cadre des "troubles de l'anse occluse";
- e - des modifications des phanères sont signalées dans une observation: ongles fendillés, chute des poils et des sourcils, accompagnés d'une bouffissure du visage (BOMPART);
- f - des oedèmes des membres inférieurs sont notés une fois;
- g - par contre, l'intervention ultérieure, ou l'examen radiologique (dont nous signalerons la rareté et le caractère succinct des commentaires auxquels il a donné lieu), ont révélé dans 6 cas des modifications de l'anse grêle court-circuitée; celle-ci peut être :
 - allongée, jusqu'à atteindre le triple de sa longueur initiale (ESTES et HOLM);

- dilatée (ESTES et HOLM, HOLM, ESTES, ROUX et TROUILLARD);
- enflammée et ulcérée.

Dans tous ces cas, les symptômes d'appel étaient assez alarmants pour avoir motivé l'intervention secondaire, qui a confirmé ou révélé les lésions de cette anse exclue.

Nous n'avons pas relevé, comme nous l'avons fait à propos d'autres observations, de publication de dilatation asymptomatique de l'anse anastomosée dans les court-circuits iléo-transverses pour occlusions post-opératoires.

4 - Sur le plan biologique, enfin, nous constatons :

- a - que l'anémie est mentionnée 1 fois;
- b - que l'hypocalcémie est notée 2 fois (à 68 mg °/°° dans l'observation de MAYER et CRISP; à 72 mg °/°° dans celle de JESSEDER et HONETZ, et dans ce cas un syndrome patent de tétanie s'est manifesté);
- c - l'hyperchlorémie est notée une fois (5,82 g°/°°, soit 163 mEq).

II - ILEOTRANSVERSOSTOMIES POUR TUBERCULOSES ILEALES ET CAECALES

Bien que, très tôt, le but des opérateurs ait été l'exérèse des zones atteintes par le processus tuberculeux, les observations d'entéro-anastomoses comme procédé thérapeutique temporaire ou définitif sont assez nombreuses. Il ne nous a pas été possible cependant de retenir beaucoup d'iléotransversostomies authentiques (en effet, parmi les entéro-anastomoses pratiquées, nombreuses sont les iléosigmoidostomies, et les court-circuits faisant communiquer deux ou plusieurs segments de grêle).

A - Quoiqu'il en soit, voici les publications sur le sujet qui nous intéresse
et où nous avons relevé des iléotransversostomies.

- En 1903, dans la thèse de LANCE, nous trouvons 2 iléotransversostomie avec exclusion partielle et 1 iléotransversostomie avec

- exclusion unilatérale;
- En 1930, l'importante thèse de HEITZ, ne rapporte que 10 cas d'entéro-anastomoses, et une seule iléotransversostomie (observation n° 42),
 - En 1931, NARBESHUBER publie une observation d'iléotransversostomie (compliquée ultérieurement) pour tuberculose intestinale et rappelle un cas analogue de SCHERER (1);
 - En 1939, RICHARD publie 2 observations de tuberculose intestinale, et une seule iléotransversostomie (avec exclusion unilatérale);
 - En 1947, BAUMEL rappelle l'observation d'un homme de 39 ans, où une iléotransversostomie fut faite pour ce qu'on pensait être un cancer caecal, et qui s'est avéré être une tuberculose;
 - En 1948, BONNIOT et collaborateurs, sur 7 observations, rapportent une seule iléotransversostomie (avec exclusion unilatérale);
 - En 1953, BERTRAND et Collaborateurs, entre autres observations, publient celle d'une tuberculose hypertrophique iléo-caecale où, malgré un traitement antibiotique (streptomycine), la persistance de troubles occlusifs a conduit à pratiquer une iléotransversostomie;
 - En 1955, BOQUIEN, à propos de la communication de VIGUIE et EUDEL, rapporte très brièvement deux iléotransversostomies pour tuberculose hypertrophique du caecum;
 - En 1957, nous trouvons la publication de MELCHIOR, qui relate la disparition spontanée d'une iléotransversostomie pratiquée pour tuberculose caecale;
 - En 1958, dans le Mémoire de BLAISET, nous trouvons, sur 8 observations de tuberculose intestinale, une seule iléotransversostomie (bien succincte, d'ailleurs);
 - la même année, FARREGOULE et Collaborateurs rapportent une iléotransversostomie (associée à un traitement antibiotique), pour tuberculose iléocaecale;
 - En 1959, BREUZARD, dans sa thèse, sur 20 observations de tuberculose intestinale, rapporte une iléotransversostomie (en complément du traitement antibiotique);

(1) SCHERER (E) "Hyperkrom Anämie und Dünndarmstriktur" Klinische Wochenschrift. 1930.

la même année, SWEETMAN et WISE, relatent, entre autres, 2 iléo-transversostomies (temporaires, d'ailleurs, n'étant envisagées que comme le premier temps d'une hémicolectomie droite).

B - Notes sur les observations de tuberculose iléale et caecale :

NARBESHUBER -

1 - Observation.

Femme de 30 ans , qui subit en 1933, pour tuberculose intestinale; deux entéro-anastomoses :

- iléo-iléostomie
- iléo-transversostomie.

a - Deux mois après, augmentation du poids de 4 Kg, mais :

- selles liquides
- douleurs abdominales, de la fosse iliaque droite et périombilicales
- douleurs linguales, avec aspect lisse et rôti de la pointe et des bords;
- anémie à 3.500.000 gr.

b - Pendant 5 ans, tendance lipothymique (durant pendant 1 ou 2 jours, survenant à intervalles irréguliers).

c - Pendant l'été 1928 (5 ans après l'anastomose):

- déclin de l'état général
- chute du poids à 45,5 Kg
- anémie à 2.160.000 gR avec 2.050gB
- douleurs de la fosse iliaque droite
- diarrhée (3 à 4 selles liquides ou molles par jour)
- langue lisse.

Amélioration par un traitement médical (sels de Karlsbad).

d - en Juin 1929, lipothymies, alternances de constipation et de diarrhée.

e - En février 1930, syndrome anémique (avec langue lisse, mais sans signe neurologique): 1.350.000 gr. avec poikilocytose, anisocytose (macrocytes); 4% de normoblastes .

A l'examen radiologique, dilatation du colon ascendant et du transverse en amont d'un rétrécissement persistant du transverse, qui est cependant bien franchi par le lavement opaque.

Un traitement par l'extrait de foie aboutit à la réparation de l'anémie : à la fin de février 1930, 3.000.000 gR, le 2 avril 1930, 4.300.000 gR.

Evolution du poids: 44 Kg en février 1930, 51 Kg en avril 1930.

2 - Observation analogue de SCHERER: anémie hyperchrome après iléotransversostomie.

RICHARD -

En septembre 1931, iléotransversostomie termino-latérale pour tuberculose iléo-caecale

Suites :

- amélioration rapide et très marquée de l'état général et du comportement;
- reprise de poids: 10 Kg en 6 semaines, 23 Kg en 4 mois.

Hémi-colectomie droite 4 mois après l'établissement de l'anastomose.

BAUMEL -

En 1942, iléotransversostomie chez un homme de 39 ans pour "cancer du du paecum".

Suites :

- a - amélioration : jusqu'en Mars 1943, l'état général est satisfaisant;
- b - en mars-avril 1943, 3 crises subocclusives :
 - douleurs intestinales
 - selles rares et difficiles.
- c - en avril 1943, le poids est à 72 Kg, l'état général moyen; examen radiologique par lavement: pas d'image lacunaire caecale, pas de stase iléale; bon fonctionnement de l'anastomose; "... Reflux rétrograde dans la partie afférente du colon, ou passage d'une certaine quantité de baryum par la valvule iléo-caecale"....
- d - en juin 1943, on note un amaigrissement de 5 Kg; le malade s'est plaint de plusieurs crises subocclusives graves
A un nouvel examen radiologique par lavement, on constate :
 - un aspect lacunaire de la zone caecale supérieure,
 - dans le transverse, une partie du lavement passe dans l'iléon par l'anastomose, une autre partie va dans le caecum
- e - en novembre 1944, état "sompptueux"; aucun trouble n'est noté:
 - absence de crise subocclusive;
 - pas d'empatement de la fosse iliaque droite,
 - poids : 90 Kg.

BONNIOT et Collaborateurs -

Obs. N°3 - Homme de 26 ans, tuberculeux pulmonaire; localisation intestinale de la maladie.

Iléotransversostomie avec exclusion unilatérale le 4 février 1941.

Suites :

- a - amaigrissement marqué: le poids descend à 58 Kg.
- b - puis, atténuation des troubles intestinaux (fonctionnement intestinal presque normal: "de temps en temps, un peu de diarrhée"); reprise de 10 Kg en un an;
- c - en juin 1946, l'état général, pulmonaire, intestinal sont "parfaits".

BERTRAND et Collaborateurs

Obs. n° 6 - Femme de 62 ans

- a - en 1932, coxalgie droite non traitée
- b - en novembre 1952, tuberculose hypertrophique iléo-caecale, dont le traitement par 90 grammes de streptomycine a pour résultat :
 - une fonte de la masse caecale
 - une persistance des troubles occlusifs
 - une perte de poids de 7 Kg
 - et peu de modifications de l'aspect radiologique.
- c - le 27 décembre 1952, exclusion unilatérale iléotransverse;
- d - le 13 janvier 1953, cette malade a reçu 3,4 g. de rimifon (200 mg par jour depuis l'intervention)
- e - en Mars 1953, on constate :
 - l'absence de trouble du transit
 - l'absence de douleur
 - l'existence d'un bon état général: le poids est de 41 Kg, l'asthénie légère.

MELCHIOR

Iléotransversostomie pratiquée en Turquie chez un homme de 33 ans pour tuberculose caecale.

Suites :

- a - pendant 4 ans, état parfait;
- b - en 1941, récurrence des troubles antérieurs (état subocclusif), et le 10 septembre 1941, l'aut sur fait une nouvelle laparotomie: il ne retrouve pas l'iléotransversostomie pratiquée en 1937; un diverticule existe sur le grêle, reliquat de l'étirement de l'anastomose; les lésions caecales persistent; l'iléon est dilaté. Nouvelle iléotransversostomie (malade perdu de vue).

FARREGOULE et Collaborateurs -

Découverte, chez une femme de 22 ans, en mauvais état général, d'une tuberculose de la jonction iléo-caecale, avec en outre, une infiltration moins serrée sur 20 centimètres, en amont, et un aspect identique sur le transverse.

Iléotransversostomie le 19 juin 1957; un traitement antibiotique (streptomycine, P.A.S., Isoniazide) est mis en oeuvre le 1er juillet 1957.

Suites : 3 mois après :

- le poids passe de 24 à 46 Kg (prise de 2 à 3 kg par semaine)
- appétit normal,
- 2 selles quotidiennes moulées,
- ballonnement abdominal post-prandial

L'examen radiologique (par voie orale) du 18 septembre 1957 montre la rapidité du transit: la bouche d'anastomose est atteinte 3 heures après ingestion; le grêle est vidé à la 4ème heure; l'iléon, dans sa partie terminale, est dilaté et hypersécrétant; la bouche est perméable; on note un léger reflux dans le colon droit.

BREUZARD

Obs. n° 7 - Tuberculose iléo-caecale traité par antibiotiques chez une femme de 74 ans.

Exclusion de la lésion iléo-caecale par iléo-transversostomie en janvier 1957 (Dr PATEL)

Après l'intervention, on constate quelques rares douleurs abdominales, les selles sont pâteuses (en 1957 et en 1958, 2 selles molles par jour). L'examen histologique de prélèvements du grêle et de ganglions montre l'absence de lésions tuberculeuses spécifiques.

C - Au total nous relevons donc 18 iléotransversostomies pour tuberculose iléo-caecale. Sur ce nombre, des symptômes post-opératoires nous intéressant sont mentionnés dans 9 cas, ceux de NARBESHUBER, RICHARD, BAUMEL, BONNIOT et Collaborateurs, BERTRAND et Collaborateurs, MELCHIOR, FARREGOULE et Collaborateurs, BREUZARD.

Dans les 9 observations moins explicites, nous notons :

- 1 décès un mois après l'intervention (HEITZ);
- 2 effets insuffisants sur la maladie (LANCE);
- 6 améliorations post-opératoires (LANCE, BOQUIEN, BLAISET, SWEETMAN et WISE, et dans les 2 observations de ces derniers auteurs, l'iléotransversostomie a été une bonne préparation à une exérèse hémicolicale droite ultérieure).

Quels ont été les symptômes observés à la suite des iléotransversostomies dont la symptomatologie post-opératoire a été précisée ?

- a - La durée des observations varie de 3 mois à 7 ans (5 sont suivies plus de 4 mois).
- b - Dans 8 cas, une amélioration post-opératoire a été enregistrée, quant à la maladie tuberculeuse (deux de ces cas n'ont eu qu'une amélioration éphémère).
- c - Dans 1 cas, l'anastomose a spontanément disparu au bout de 4 ans ce qui, provoquant la réapparition des troubles antérieurs par persistance de la maladie, oblige à une réintervention.
- d - Dans le détail, voici ce que nous retenons quant à la symptomatolo-

I - Signes fonctionnels :

- a - les modifications des selles :
 - absence de modification : 3 cas;
 - aucun commentaire : 1 cas;
 - nombre de selles irrégulier (alternance de diarrhée et de constipation): 1 cas;
 - constipation (selles rares, difficiles à émettre): 1 cas;
 - diarrhée : 3 cas (selles liquides) où 3 à 4 selles sont émises quotidiennement;
 - 2 selles molles quotidiennes : 1 cas.
- b - Douleurs abdominales (fosse iliaque droite, région péri-ombilicale): 4 observations.

II - Signes généraux :

- a - Amélioration du comportement : 1 cas;
- b - Modification du poids; on a noté :
 - de l'amaigrissement, précédé d'une reprise de poids dans un cas, suivi d'une reprise de poids nette dans 2 cas (observation de BAUMEL: le poids atteint 90 Kg après 2 ans; observation de BONNIOT et Collaborateurs: gain de 10 Kg en 1 an);
 - une augmentation du poids dans 2 cas (soit 4 en tout): l'un de 23 kg en 4 mois (RICHARD), l'autre de 22 Kg en 3 mois (FARREGOULE).
- c - Aucune modification de l'appétit n'est notée,
- d - De l'asthénie est constatée 3 fois.
- e - Des lipothymies sont signalées une fois.

III - Signes physiques :

- NARBESHÜBER note dans son observation un aspect "lisse et rôti" de la langue;
- du ballonnement post-prandial est noté une fois (crises subocclusives : un cas)

IV - Examen radiologique post-opératoire a été mentionné dans 3 observations ;

- a - dans tous les cas, l'anastomose fonctionne bien;
- b - le trajet naturel iléo-caecal est imperméable dans les 3 cas (mais dans un cas, celui de FARREGOULE, on note un léger reflux dans le colon droit par transit);
- c - la dilatation d'une partie de l'anse court-circuitée est constatée 2 fois :
 - dans l'observation de NARBESHUBER le colon ascendant et le transverse sont dilatés en amont d'un rétrécissement que franchit aisément le lavement opaque;
 - dans celle de FARREGOULE, "l'iléon est dilaté et hyper-sécrétant dans sa partie terminale" (opacification par transit); cette modification reste pauci-symptomatique après 3 mois.

V - Sur le plan biologique, 2 cas d'anémie (hyperchrome, macrocytaire) sont signalés, jusqu'à 1.350.000 gR. et dont l'un est accompagné d'une leucopénie à 2.050 gB (NARBESHUBER).

Notons que les malades de BERTRAND, de FARREGOULE, de BREUZARD ont reçu un traitement antibiotique.

Il est bien évident par ailleurs que, dans l'appréciation de ces résultats il importe de tenir compte des symptômes propres pouvant être attribués à la maladie tuberculeuse: signes fonctionnels et généraux, images radiologiques anormales.

III - ILEOTRANSVERSOSTOMIES POUR MALADIE DE CROHN

A - Voici quelles sont les publications d'iléotransversostomies pour entérite segmentaire non spécifique que nous avons relevées dans la littérature.

- En 1937, RAVDINS et RHOADS, sur 6 iléites régionales, rapportent 2 iléocolostomies (dont le contexte permet de supposer fortement qu'il s'agit d'iléotransversostomies);
- En 1938, LEWISOHN, sur 12 cas d'entérite segmentaire opérés, cite, sur 5 court-circuits, 3 iléotransversostomies;
La même année, DIXON, sur 65 interventions pour entérites régionales, rapporte 25 iléocolostomies, mais ne précise pas le lieu de l'anastomose;
- En 1939, LEE CLARK Jr. et DIXON font un rapport sur 44 entérites régionales opérées et, cette fois, précisent le détail des 43 interventions pratiquées :
 - . Sur 14 iléocolostomies, 12 sont explicitement notées comme iléo-transversostomies latéro-latérales;
 - . Sur 14 résections en un temps (résections de l'iléon atteint par l'affection), 13 ont laissé en fonction une anastomose entre l'iléon et le colon transverse ou l'angle droit;
 - . Sur 15 résections en deux temps, 12 iléotransversostomies (qui ont nécessité une résection secondaire: les observations ne précisent pas, pour les deux qui n'ont pas subi de résection colique secondaire sur les 15, l'aspect terminal du tube entéro-colique);

La même année, HERBERT et son rapporteur CAPETTE relatent chacun une iléo-transversostomie pour maladie de CROHN;
GINSBURG et Collaborateurs, en 1939 toujours, sur 32 iléocolostomies, relatent 3 iléotransversostomies avec exclusion unilatérale, pour iléite régionale;

La même année encore, BARKER et HUMMEL sur 2 complications d'anastomoses digestives, publient une iléotransversostomie pour iléite non spécifique;

- En 1945, GARLOCK et CROHN font état de 65 anastomoses iléo-coliques (iléotransverses ou iléosigmoïdiennes, avec exclusion unilatérale, sans préciser le nombre de chacune);
- En 1946, dans leur livre, FIGARELLA et JEAN, sur 6 observations personnelles de maladie de CROHN, ne rapportent qu'une iléo-transversostomie. Par contre, dans leur étude sur l'entéro-anastomose dans cette affection, outre les publications déjà citées de RAVDINS et RHOADS, de LEWISOHN, de DIXON, de LEE CLARK et DIXON, ils mentionnent d'autres anastomoses intestinales (avec ou sans exclusion) pour maladie de CROHN, publiées par d'autres auteurs:
 - . JACKSON : 1 cas (1)
 - . POLGAR : 1 cas (2)
 (Il ne nous a pas été possible de prendre connaissance de ces deux publications);
 - . LARDENNOIS (une anastomose de l'iléon au colon ascendant après 15 fistules externes dues à une entérite régionale chez un enfant);
 - . ERRARD et NEDELEG, le second relatant une iléo-caecostomie après résection iléale ;
- En 1948, POSEY et BARGEN publient sur les accidents des anastomoses et résections intestinales, et, entre autres observations, citent une iléotransversostomie termino-latérale pour maladie de CROHN;
- En 1949, HAWTHORNE et FROBESE rapportent, entre autres, 1 iléo-transversostomie avec exclusion unilatérale et résection iléale;
- En 1950, KIEFER et ARNOLD, à propos de 126 maladies de CROHN traitées chirurgicalement, relatent 12 observations où les suites ont été anormales (dont un court-circuit jéuno-transverse);
- En 1951, GARLOCK, CROHN et Collaborateurs publient 57 iléocolostomies, sans préciser dans combien de cas il s'est agi d'iléotransversostomies;

(1) Egalement cité par LEE CLARK et DIXON :
 JACKSON: "régional enteritis". Surg. Gynec. and Obst. 65:1-10 Jul. 1937

(2) POLGAR.: "Radiosymptomatologie de l'iléite régionale" Röntgenpraxis, mars 1937.

- En 1952, LAFILLE, dans sa thèse, cite 2 observations de MAZEL (1) qui obtient la guérison par iléotransversostomie;
- En 1954, MILDWIDSKH et BARZILAY rapportent, à propos d'un cas de maladie de CROHN perforée, 2 iléotransversostomies (un cas personnel, et celui de HURWITZ et ZOVICKIAN (2);
La même année, WARD VAN PATTER et ses Collaborateurs, dans une étude sur 600 malades, rapporte 74 iléotransversostomies sur 94 exclusions "partielles", et 71 sur 78 exclusions "complètes" (mais comme il n'est pas précisé s'il s'agit d'exclusions bilatérales d'un segment d'iléon seulement, ou d'exclusions bilatérales d'un segment iléo-colique, nous ne retiendrons que les 74 observations où l'exclusion est unilatérale);
- En 1955, CONNELLY et MAYO citent 1 iléotransversostomie avec exclusion unilatérale pour maladie de CROHN;
- En 1956, DALSACE et Collaborateurs rapportent une iléotransversostomie (3ème intervention chez un malade porteur d'une fistule pyostercorale par maladie de CROHN), suivie 6 mois plus tard d'une hémicolectomie droite;

DELANNOY et Collaborateurs, la même année, relatent une observation de maladie de CROHN où l'iléotransversostomie dut être suivie 6 mois plus tard d'une hémicolectomie droite.
- En 1957, SHAIKEN rapporte 5 iléotransversostomies pour maladie de CROHN: une seule paraît avoir été suffisante à assurer la guérison;
- En 1958, GAGNON, sur un total de 8 observations de maladie de CROHN, publie 2 iléotransversostomies;

DETRIE, la même année relate une iléotransversostomie, insuffisante, car elle a dû être complétée 7 mois plus tard par une hémicolectomie droite;

BROWN et DAFFNER, toujours en 1958, dans leur rapport sur 100 maladies de CROHN, sur lesquelles 65 durent subir une intervention chirurgicale, citent 21 iléocolostomies dont 7 sans exclusion;

(1) Publication non retrouvée

(2) id

COURTY et Collaborateurs apportent une observation de maladie de CROHN deux fois opérée (la 2ème intervention est une iléo-transversostomie);

MOIROUD, en 1958, à la suite de la communication de GASTAUD, cite une iléotransversostomie pour maladie de CROHN;

- En 1959, CRISNER et DREZE a propos de leur travail sur la maladie de CROHN apportent une iléotransversostomie dont l'effet dût être complété par un traitement corticoïde.
- En 1960, CARCASSONNE et SIMEONI relatent 2 observations d'iléo-transversostomies pour maladie de CROHN.

Nous arrivons donc à un total de 146 iléotransversostomies pour maladie de CROHN. Sur ce nombre, 130 sont intéressantes pour l'étude des suites de cette intervention, ce sont celles de RAVDINS et RHOADS, LEWISOHN, LEE CLARK et DIXON, CAPETTE, GINSBURG et Collaborateurs, BARKER et HUMMEL, FIGARELLA et JEAN, POSEY et BARGEN, HAWTHORNE et FROBESE, MILDWIDSKH et BARZILAY, VAN PATTTER et Collaborateurs, CONNELLY et MAYO, DALSACE et collaborateurs, DELANNOY et Collaborateurs, SHAIKEN, GAGNON, DETRIE, COURTY et Collaborateurs, MOIROUD, CRISNER et DREZE, CARCASSONNE et SIMEONI.

B - Notes sur les observations d'iléotransversostomies pour entérites régionales.

RAVDINS et RHOADS -

Obs. n° 1 : 28 ans; entérite régionale au stade scléreux; résection impraticable;

iléotransversostomie "incomplète".

Suites : persistance des douleurs à type de crampes.

Décès à la suite d'une résection effectuée secondairement dans un autre hôpital.

Obs. n° 4: iléotransversostomie "complète".

Suites : secondairement, formation d'une fistule; pas d'occlusion.

LEWISOHN -

Obs. n° 4 : iléotransversostomie à 21 ans.

Suites : "parfaitement bien, a pris 40 lbs (18 Kg)".

Obs. n° 5: iléotransversostomie à 17 ans.

Suites : "disparition complète de la masse en 2 semaines.

" Malade parfaitement bien. A pris 60 lbs (27 kg)."

Obs. n° 10: iléotransversostomie chez une femme de 39 ans, à

90 cm en amont de la valvule de BAUHIN, en décembre 1935

(l'auteur envisage de pratiquer ultérieurement une résection).

Suites : "Peu de mois après la guérison apparente, réapparition de la diarrhée, avec douleurs dans le bas ventre".

Réintervention en Juin 1936: "Aspect rétréci de la partie antérieurement malade; pas de signe d'inflammation; anastomose souple et de bon aloi; colon droit et caecum normaux".

Hémi-colectomie droite avec ablation de l'iléon exclu.

LEE CLARK et DIXON -

a - 14 iléocolostomies comprenant :

- 12 iléotransversostomies latéro-latérales;

- 1 iléosigmoïdostomie latéro-latérale;

- 1 anastomose termino-latérale.

Exclusion bilatérale de l'anse iléale malade dans 3 cas

(extériorisation des deux extrémités iléales).

Suites : avec un recul de 1 à 2 ans sur ces 14 iléocolostomies on a pu noter :

- 4 décès (1 décès précoce avec occlusion, hémorragie, embolie);

- 2 sont soit non améliorées, soit aggravées;

- 3 rapportent un gain de poids;

- 5 sont en bonne santé.

Quant aux symptômes, on a noté :

- 2 fois, diarrhée aiguë,

- 2 fois, infection de la plaie opératoire,

- 1 fois, fistule stercorale,

- 1 fois, otite.

b - 14 résections iléales en un temps : 13 anastomoses de l'iléon

au colon transverse ou à l'angle droit; "une extériorisation simple" du colon ascendant et de l'iléon, et au total, 13 anastomoses latéro-latérales, une termino-latérale.

Suites :

- un décès 4 mois après (thromboses multiples);

- une fois état inchangé;

- 12 bons résultats : gain de poids de 4, 5 à 13, 5 Kg .

CAPETTE -

Iléotransversostomie pour état subocclusif, intervention qui laisse une "exclusion unilatérale d'une longueur certainement importante du grêle et du caeco-colon droit".

Suites : "guérison très rapide (...); reprise de 10 Kg..."

(Recul: 3 mois 1/2)

GINSBURG et Collaborateurs -

Sur 32 iléocolostomies, 3 iléotransversostomies latéro-latérales avec fermeture des deux extrémités iléales.

Suites :

1 - Pas de différence nette entre les iléotransversostomies et les iléosigmoïdostomies;

2 - "Ces deux variantes d'anastomoses ne créent pas elles-mêmes " de nouveaux symptômes";

- 3 - L'auteur attribue donc à une récurrence de la maladie les complications constatées :
- dans deux cas, dilatation nette du segment iléal utilisé pour l'anastomose ;
 - dans un cas, ulcération de cette anse (réintervention pour syndrome péritonéal).

BARKER et HUMMEL -

- a - En juin 1934, "discrète anémie macrocytaire" sensible à l'extrait de foie.
- b - En Novembre 1934, iléotransversostomie pour iléite non spécifique.
- c - Suites :
- 1 - Diarrhée (3 à 6 selles liquides par jour), flatulences, ballonnements, brûlures linguales ;
 - 2 - Asthénie, pâleur, amaigrissement de 40 lbs (18 Kg) en 5 ans, sans signe neurologique (curable par le foie) ;
 - 3 - Radio par transit :
Remplissage par voie antipéristaltique, à partir de l'anastomose, du colon droit, du caecum, de l'anse iléale sous-anastomotique (aspect en chapelet) ;
La valvule de BAUHIN est donc incontinente (mais tout l'iléon en aval de l'anastomose n'est pas perméable: la partie proximale de cette anse ne s'opacifie pas).

FIGARELLA et JEAN -

Iléotransversostomie pour maladie de CROHN .

Suites :

- atténuation des douleurs ;
- installation d'une diarrhée tenace (que l'auteur attribue à la persistance du processus d'iléite) ;
- l'état général est redevenu excellent.

POSEY et BARGEN -

Obs. n° 6 : 2 ans après une jéjuno-colostomie pour iléite, ayant entraîné amaigrissement et anémie, on réintervient: iléotransversostomie terminale-latérale.

Suites :

- pendant un an, état satisfaisant ;
- puis, apparition d'un "syndrome sprue".

Anémie curable par l'extrait de foie.

HAWTHORNE et FROBES -

Iléotransversostomie et exclusion unilatérale du segment iléal atteint.

Suites : au bout d'un an, récurrence (résection de l'iléon où la maladie s'était à nouveau manifestée). Décès un an après cette deuxième intervention (après une iléostomie nécessitée par une seconde récurrence).

MILDWIDSKH et BARZILAY -

- 1 - Observation : iléite terminale perforée chez une femme de 31 ans.
- première intervention : iléostomie et drainage caecal ;

- Deuxième intervention (3 semaines plus tard): iléotransversostomie et drainage vésiculaire (ictère post-opératoire) .
- Suites :
 - a - Dès le 6ème jour, selles moulées puis normales,
 - b - Bon état général, reprise de poids,
 - c - A l'examen radiologique : bon fonctionnement de l'anastomose; valvule de BAUHIN perméable.
- 2 - Observation de HURWITZ et ZOVICKIAN -
 - Iléotransversostomie (comme deuxième temps opératoire) dans une iléite perforée
 - Suites : bon état 3 mois après l'intervention .

VAN PATTER et Collaborateurs -

- a - sur 600 malades :
 - 100 "exclusions partielles", avec 6 décès (6%); 74 iléotransversostomies sur les 94 malades restant.
 - 82 "exclusions complètes", avec un décès (1,2%); 71 iléotransversostomies sur les 81 restant.
- b - Suites : l'auteur envisage ensemble les procédures avec exclusion (complète ou partielle), quant à la symptomatologie des complications post-opératoires ayant nécessité une réintervention .
- 1 - Complications sans récurrence locale de la maladie dans 29 exclusions partielles et dans 19 exclusions complètes :
 - douleurs, diarrhée , occlusion;
 - fièvre, amaigrissement, anémie, hypoprotidémie;
 - masse abdominale; fistule (non tarie par l'intervention, ou apparue après l'anastomose);
- 2 - Récidives (61 cas sur 580 malades):
 - 6 récurrences sur 94 exclusions partielles (6,1%);
 - 8 récurrences sur 78 exclusions complètes (10,2%) .
- c - Comparaison sommaire avec les résections :
 - 8 décès post-opératoires sur 360 résections (2,2%);
 - 55 récurrences sur 360 résections (15,2%) .

CONNELLY et MAYO - Observation d'une iléite terminale

- a - Première intervention en 1934 : résection iléale, anastomose de l'iléon au colon ascendant;
 - Suites : selles molles, de nombre parfois augmenté (à l'occasion d'excès alimentaires).
- b - Deuxième intervention le 28 janvier 1954 (20 ans après) pour récurrence : iléotransversostomie, résection iléale terminale, sans résection colique .
 - Suites :
 - 4 à 5 selles molles par jour, malgré un régime pauvre en résidus et en graisses;
 - reprise de poids (3,6 Kg); activité professionnelle reprise.

DALSACE et Collaborateurs -

Maladie de Crohn chez un homme de 34 ans .

Troisième intervention le 13 Octobre 1954: iléotransversostomie latéro-latérale pour fistule postercorale.

Suites : amélioration spectaculaire ;

- selles moulées;
- les forces progressent, le poids augmente de 14 kgs en 5 mois;
- diminution de la masse tumorale, persistance de la fistule.

Hémi-colectomie droite le 3 Mars 1955.

DELANNOY et Collaborateurs -

Femme de 34 ans, appendicectomisée en 1946, hystérectomisée en 1948

Iléite régionale opérée le 30 septembre 1954: iléotransversostomie .

Suites :

a - Les 3 premiers mois, amélioration :

- atténuation des troubles digestifs (douleurs abdominales et diarrhée);
- augmentation du poids : 10 kg en 3 mois

b - Après 3 mois , réapparition des troubles :

- diarrhée, douleurs abdominales;
- fistule entre l'intestin et le vagin ;
- à l'examen radiologique :

1 - par transit : l'anse efferente (de l'anastomose) est "anguleuse et solidaire de l'anastomose dont elle suit les déplacements (...)" ;
au niveau de l'anse afférente, on note une "vaste chambre de dilatation paraissant sus-jacente à un segment rétréci" ;

2 - par lavement : remplissage de tout le colon; perméabilité de l'anastomose; opacification des anses iléales sus et sous-anastomotiques.

Résection (iléale) le 18 Mars 1955 .

SHAIKEN -

Sur onze observations d'entérite régionale chronique, 5 iléotransversostomies :

Obs. n° 3 : Homme de 40 ans. Décès 4 jours après l'intervention (staphylococcémie).

Obs. n° 4 : Homme de 28 ans. Iléotransversostomie sans exclusion. Décès le 9^eème jour (embolie pulmonaire) .

Obs. n° 8 : Garçon de 16 ans. Iléotransversostomie latéro-latérale .

Suites: persistance de la diarrhée, de la fièvre, des douleurs abdominales, des signes occlusifs .
Extension de la maladie nécessitant une hémi-colectomie droite avec ablation du termino-iléon.

Obs. n° 9: Homme de 40 ans, Iléotransversostomie pour syndrome perforatif. Résection secondaire de l'iléon , des colons droit et transverse.

Obs. n° 10 : Homme de 43 ans. Iléotransversostomie avec exclusion
"Bonne convalescence post-opératoire".

GAGNON -

Deux iléotransversostomies pour 8 observations de maladie de CROHN

Obs. n° 3: Femme de 24 ans; résection iléale et iléotransversostomie termino-latérale le 4 Aout 1951.

Suites: après 5 ans, on note :

- 3 selles diarrhéiques par jour (épisode plus aigu lors d'émotions, ou de refroidissements);
- douleur abdominale diffuse post-prandiale;
- en 1956, amaigrissement récent de 6 à 7 lbs (3 kg environ);
- examen radiologique : intestin normal en 1954.

Obs. n° 8 : Homme de 28 ans.

Iléotransversostomie (sans résection) le 14 février 1955.

Suites : traitement médical. Aucun symptôme anormal signalé.

DETRIE -

Malade de 20 ans.

Iléotransversostomie le 29 Juillet 1955.

Suites :

- déclin de l'état général;
- fistule externe de l'intestin grêle.

Hémi-colectomie droite enlevant 1 mètre de **grêle** le 2 février 1956.

COURTY et Collaborateurs -

Les auteurs citent une observation de maladie de CROHN:

- a - premier épisode en 1918 (déduit d'après l'anamnèse);
 - b - syndrome occlusif le 10 janvier 1958: entéroanastomose latéro-latérale;
 - c - second épisode d'occlusion au niveau du grêle terminal: iléo-transversostomie le 12 février 1958.
- Suites : disparition des douleurs; transit normal.

MOIROUD -

(Observation citée dans la thèse de CHOSSON)

Iléotransversostomie pour iléite régionale.

Suites: ... "extrêmement simples, en ce sens que cette femme n'a plus présenté de trouble d'occlusion intestinale".....

CRISNER et DREZE -

Obs. n° 6 : femme de 46 ans, qui subit en janvier 1957 une iléotransversostomie pour iléite régionale.

Suites :

- douleurs de la fosse iliaque droite, par crises brèves, avec syndrome de KÖNIG ;
- 2 à 3 selles pâteuses par jour;
- poids à 50 Kg (pour 1,59 m);
- protides sanguins : 85,6 g^o/₁₀₀
- anémie discrète : 65% d'hémoglobine,
- vitesse de sédimentation : 34 mm
- examen radiologique par transit :
 - le court-circuit est peu efficace (le flux digestif passe par les voies naturelles);

- au niveau de l'iléon, on note un rétrécissement des 15 derniers centimètres, précédé d'une grosse dilatation pseudo-diverticulaire en amont.

Traitement complémentaire : delta-cortisone, sulfaguanidine, chloramphénicol.

Résultat : la malade a encore perdu 500 g., le reste de la symptomatologie n'a pas subi de changement.

CARCASSONNE et SIMEONI -

- 1 - Observation d'une femme de 24 ans, en mauvais état, opérée au 3ème jour d'un syndrome occlusif, le 6 février 1947: iléotransversostomie terminale-latérale, avec exclusion unilatérale.

Suites :

- a - Pendant 9 ans 1/2, excellent état général, très bon transit; éventration.

- b - Le 8 Novembre 1956, devant l'existence de fièvre, de douleurs de la fosse iliaque droite, d'une tension de l'éventration, on réintervient.

On trouve un "véritable abcès réalisé par le bout iléal conservé au cours de la première intervention"

Hémicolectomie.

- c - Examen de la pièce: "aucune lésion spécifique en dehors des phénomènes inflammatoires".

(Cette malade a été laparotomisée, pour torsion de kyste de l'ovaire. ultérieurement, ce qui a permis de vérifier la parfaite guérison des lésions).

- 2 - Les auteurs citent ensuite une anastomose de dérivation sans exclusion (très vraisemblablement iléotransverse) chez un enfant de 2 ans en occlusion, pour "iléite non spécifique": le recul de cette observation est de 2 ans 1/2, sans trouble signalé.

C - Quoique nous eussions citées, les observations de VAN PATTEN

ne sont pas assez précises pour que nous puissions en tenir compte dans notre étude sur les iléotransversostomies. Il nous reste donc 56 observations.

Quelles ont été les suites de ces 56 anastomoses iléotransverses ?

- 1 - Nous relevons tout d'abord 6 décès (LEE CLARK et DIXON, SHAIKEN) dans un délai de 4 à 9 jours après l'intervention.

2 - Sur le plan de la maladie de CROHN en général, les diverses publications permettent de constater, après l'intervention :

- état stationnaire : 4 fois;
- amélioration prolongée (ou absence de symptôme anormal signalé): 33 cas;
- aggravation : 8 fois;
- amélioration suivie d'aggravation : 5 fois (auxquelles il faut ajouter 2 aggravations indépendantes de la maladie de CROHN);
- des récidives : 4 fois explicitement signalées.

Sur ces 56 malades, 6 avaient déjà subi antérieurement une intervention chirurgicale pour maladie de CROHN, 8 ont dû être réopérés ultérieurement.

3 - Quant aux symptômes observés, voici ceux que nous relevons:

a - signes fonctionnels :

- 1 - les selles sont normales dans 3 cas, molles ou pâteuses dans 2 cas, de nombre supérieur à 2 par 24 heures dans 7 cas; de la diarrhée est signalée 8 fois.
- 2 - des douleurs abdominales sont notées 6 fois (surtout au niveau de la fosse iliaque droite), et associées à des modifications des selles dans 4 cas.
- 3 - d'autres symptômes sont beaucoup plus épisodiques:
 - un état subocclusif existait une fois ;
 - des flatulences, une fois;
 - des brûlures linguales une fois.

b - Signes généraux :

- 1 - le poids a augmenté 22 fois, il a diminué 3 fois;
- 2 - "l'état général" s'est amélioré 3 fois; il est devenu précaire 1 fois;
- 3 - de l'asthénie est signalée une fois;
- 4 - de la fièvre, 2 fois;
- 5 - de la pâleur est notée une fois.

c - Signes physiques; on a constaté :

- 1 - la persistance, ou l'apparition en post-opératoire d'une fistule dans 5 cas;
- 2 - des complications infectieuses 4 fois (dans 2 cas, infection de la plaie opératoire; dans 1 cas, un abcès développé aux dépends de l'anse exclue; enfin, une otite);
- 3 - du ballonnement est signalé une fois;
- 4 - des modifications de l'anse iléale anastomosée sont notées dans 3 observations : aspect dilaté (2 fois); ulcération (1 fois).

d - Examens biologiques :

- 1 - l'anémie est signalée 3 fois (1 fois discrète, 2 fois grave, et parmi celles-ci, une anémie macrocytaire avec leucopénie);
 - 2 - un syndrome "sprue" est signalé 1 fois;
- Aucune précision n'est donnée sur une éventuelle modification du taux des protides ou de la calcémie.

e - Des examens radiologiques post-opératoires sont signalés dans 5 observations :

- 2 fois, on ne note pas de signe radiologique spécialement anormal;
- à 2 reprises, on note des modifications de l'anse efférente (une fois un aspect en chapelet, une fois "une vaste dilatation");
- dans un cas, l'anse **afférente** est dilatée, le fonctionnement de l'anastomose est défectueux;
- enfin, dans une observation, l'examen par transit montre une opacification du colon droit et du caecum (BARKER et HUMMEL).

La encore, comme a propos de la maladie tuberculeuse, il nous faut tenir compte de certains symptômes, qui sont certainement en rapport avec la maladie de Crohn, et dont on ne peut rendre responsable le court-circuit intestinal qu'après s'être assuré de l'extinction complète du processus d'iléite: nous voulons parler des différents signes fonctionnels et généraux qui



peuvent très bien traduire une récurrence de la maladie de Crohn, bien plus que des troubles dus à l'anastomose elle-même ; peut être peut-il y avoir une intrication des deux **ordres** de faits ?

IV - ILEOTRANSVERSOSTOMIES POUR AMIBIASE TUMORALE ("AMOEBO-MES") DU CÔLON DROIT;

Nous avons trouvé 4 observations d'iléotransversostomies pour amoebomes :

- En 1947, GORRICHON en cite une dans sa thèse : celle de GAMINARA(1)
- En 1950, TINGAUD et CABANIE en rapportent une observation (sur 2 cas relatés);
- En 1953, CALLUM cite une iléotransversostomie comme temps préliminaire d'une exérèse qui se fait 3 jours plus tard;
- En 1954, dans sa thèse, DISSARD rappelle (observation n° 17) un cas de HARRISON (que nous n'avons pas retrouvé à la lecture de la publication de cet auteur);

Par contre, nous trouvons l'observation de COLSON et PARVAIS qui en 1957, découvrent une communication iléotransverse spontanée, lors d'une intervention pour perforation iléale secondaire à une amoebome de l'angle droit.

Sur les 3 malades iléotransversostomisés, seul celui de TINGAUD et CABANIE a eu des suites opératoires simples; celui de GAMINARA a fait une nouvelle localisation amibienne tumorale deux ans après la première; le malade de CALLUM a subi une hémocolectomie droite 3 jours plus tard (il a d'ailleurs eu, lui aussi, des suites tourmentées).

Aucune de ces observations n'est donc utilisable pour notre étude.

(1) Annales de la Faculté de MONTEVIDEO , t. III, 1918

V - ILEOTRANSVERSOSTOMIES POUR AFFECTIONS INTESTINALES DIVERSES.

1 - Fistules post-opératoires, et phlegmon pyostercoral (autres que ceux secondaires à une maladie de CROHN, ou à une tuberculose).

- En 1903, dans sa thèse, LANCE cite, sans aucun commentaire, que KAMMERER, en 1895, a publié une observation d'iléotransversostomie, avec exclusion unilatérale, pour fistule stercorale;
- En 1920, BERARD relate l'observation d'une iléotransversostomie (pour fistule stercorale après une hernie étranglée) chez une femme de 57 ans; malheureusement, cette malade avait "un caecum libre" et un long mésocolon, ce qui explique, d'après l'auteur, qu'elle ait souffert 2 ans plus tard, après plusieurs crises de subocclusion, d'une occlusion aiguë par strangulation (torsion de l'anse mobile autour de l'anastomose) (1)
- En 1943, dans sa thèse, CUFFEL relate l'observation d'une appendicite aiguë compliquée, où 3 interventions chirurgicales ont été pratiquées :
 - a - appendicectomie le 4 Décembre 1935 (à la suite de laquelle s'installe une fistule, puis une occlusion du grêle);
 - b - anastomose iléo-iléale latéro-latérale le 20 Décembre 1935;
 - c - une iléotransversostomie le 14 Mars 1936, pour tarir la fistule
 l'auteur note, dans les suites de cette dernière intervention: "selles normales, état général excellent".

2 - "Tumeurs inflammatoires". Deux observations peuvent être rangées sous cette rubrique

- En 1925, MOIROUD, rapporté par OKINCZYK, relate l'observation d'une femme de 32 ans, ayant subi le 19 juin 1924 une hystérectomie subtotale (pour hématosalpinx gauche et annexite droite), et chez qui on réintervient le 17 septembre 1924 pour un syndrome occlusif.

(1) Cette observation a servi de base à la thèse d'ESCHBACH (Lyon 1921)

La laparotomie découvre une "tumeur cylindroïde longue de "ving centimètres (/..) rétrécissant la lumière intestinale, et développée sur la fin de l'iléon; le mésentère est infiltré et renferme quelques petits ganglions"

Iléotransversostomie, après laquelle on ne note des troubles que pendant 2 mois (ils disparaissent par la suite):

- diarrhée
- douleurs abdominales,
- état général précaire .

Un examen radiologique post-opératoire (six mois après établissement du court-circuit) montre que " il n'y a plus d'obstacle au point où l'on avait trouvé la tumeur: la lumière intestinale est devenue normale ... " Aucune mention n'est faite de la perméabilité ou l'imperméabilité de la valvule de BAUHIN.

Donc , heureux effet de la simple iléotransversostomie (s'agissait-il d'une "maladie de CROHN" avant la lettre ?).

- En 1955, GOUTX (rapporté par A. DEVIN) retrace l'histoire d'une iléotransversostomie pour "tumeur inflammatoire du caesum" ('caecum adhérent à la paroi, et porteur d'une "masse bosselée, irrégulière, blanchâtre, remontant jusqu'au tiers supérieur du colon ascendant"...).

Cette masse a été prise pour un cancer, deux ganglions sont prélevés pour examen histologique, et l'iléotransversostomie est pratiquée. Aucune anomalie n'est signalée dans les suites opératoires, et l'examen anatomopathologique des ganglions prélevés montre : "une architecture normale, plutôt de type inflammatoire"...

Un examen radiologique ultérieur (15 jours après l'anastomose) montre une opacification homogène du caecum.

Là encore, heureux effet du court-circuit iléotransverse, suivi, il est vrai, d'un traitement par antibiotiques (l'auteur ne précise pas lesquels).

3 - Tumeur bénigne caecale.

Nous avons relevé l'observation de FONTAINE et Collaborateurs qui, étudiant en 1958 les lipomes du caecum, publient (sur 3 observations de lipomes caeaux avec invagination iléo-caeco-colique) une iléotransversostomie très temporaire : elle a été suivie 15 jours après d'une hémicolectomie droite.

4 - Enfin, LANCE en 1903, cite une observation de double entéro-anastomose (iléotransverse et transverso-sigmoïdienne) pour colite chronique (sur 10 cas de colites chroniques opérées).

Que retiendrons-nous des 8 iléotransversostomies ? Deux observations nous montrent des complications nettement précisées :

1 - Celle de BERARD : torsion de l'anse mobile autour de l'anastomose iléotransverse, et qui aboutit à une occlusion aiguë;

2 - Celle de MOIROUD qui note, pendant 2 mois, diarrhée, douleurs abdominales, précarité de l'état général.

VI - ILEOTRANSVERSOSTOMIES POUR AFFECTIONS PERITONEALES DIVERSES

I - Péritonite tuberculeuse :

Deux observations ont été relevées dans la thèse de CHOSSON en 1927 (n° 3 et 4); dans les deux cas, les malades ont succombé, 15 jours et 4 mois plus tard, de généralisation tuberculeuse.

2 - Péritonite encapsulante :

- En 1938, sur 62 cas qu'il totalise, LEIBOVICI signale 7 entéro-anastomoses, avec 2 morts, sans préciser de quel procédé de dérivation il s'est agi.
- En 1953, BOQUIEN et MOUSSEAU rapportent une observation d'iléo-transversostomie pour péritonite encapsulante (décès 48 heures après l'intervention).

3 - "Péritonite plastique".

L'observation de MOIROUD (rapport de J. OKINCZYK), en 1924, précise, lors de l'exposé de son intervention chez une malade de 51 ans en occlusion: "processus ancien de péritonite plastique (...); par place, petits nodules blancs, nacrés, durs, disséminés sur l'intestin..."

L'auteur pratique une iléotransversostomie, et note, dans les suites opératoires "une diarrhée rebelle, avec épreintes ano-rectales fort douloureuses"... qui va durer 4 mois 1/2. Puis, signes fonctionnels et généraux disparaissent.

4 - Péritonite secondaire :

- En 1926, l'une des deux observations de LONG est celle d'une péritonite après appendicectomie; l'auteur y applique la méthode de S. HANDLEY (iléotransversostomie et caecostomie par tube).

Dans les suites opératoires, LONG signale une occlusion par bride 5 mois plus tard.

- En 1947, **BADELON** et **RENON** relatent 4 observations d'iléotransversostomies pour péritonite diffuse secondaire d'origine appendiculaire.

Sur ces 4 observations, les auteurs notent 2 décès, survenus respectivement 24 heures (observation n° 1) et 5 jours (observation n° 2) après la seconde intervention (nécessité par la persistance de l'iléus). Pour les deux dernières observations (n° 3 et n° 4), où l'iléotransversostomie fut pratiquée d'emblée, dans le même temps opératoire que l'appendicectomie, les auteurs constatent la guérison sans diarrhée.

- En 1958, **FERRY** (rapporté par **FRANCILLON**), relate une observation de dérivation pour péritonite purulente appendiculaire avec syndrome occlusif, et où l'anastomose, visant à être iléotransverse, a été faite en réalité entre le jéjunum et le transverse, ce qui a entraîné une diarrhée rebelle, un retard de croissance, une anémie à 2.000.000 d'hématies.

5 - Membrane de JACKSON, Nous en avons relevé 2 observations.

- En 1919, **HARRIGAN** pratique avec succès une iléotransversostomie pour volvulus caecal partiel, avec membrane de JACKSON;
- En 1945, dans son livre, **MERIEL** relate un échec de **MAUCLAIR**: récurrence des troubles six mois après iléotransversostomie.

Au total, nous citons donc 12 iléotransversostomies pour des affections péritonéales diverses et nous relevons :

- 5 décès;
- 3 guérisons;
- des complications dans 4 cas: une occlusion par bride 5 mois après le court-circuit; une erreur de localisation de l'anastomose; une récurrence des troubles précédant l'anastomose; la diarrhée n'est signalée qu'une fois (si nous éliminons l'observation de **FERRY** qui est une jéjuno-transversostomie).

TABEAU DES SYMPTOMES

Faits constatés	Causes des dérivations	Occlusions post-opératoires 40 observations sur 71 relevées	Tuberculose iléo-cacale 9 observations sur 18	Maladie de CROHN 56 observations sur 146 relevées	Affections intestinales diverses : 2 observations sur 8 relevées	Affections péritonéales diverses : 2 observations sur 12 relevées
Modifications fécales		26	6	10	1	1
liquides ou semi-liquides		24	3	8	1	1
molles ou pâteuses		2	1	2		
nombre supérieur à la normale		24	4	7	1	1
nombre inférieur à la normale			1			
Douleurs abdominales		6	4	6		
Aérocolie, borborygmes, flatulences		1		1		
Vomissements		1				
Brûlures linguales				1		
Entérorragie		1				
Aménorrhée		1				
Altération de l'état général		2		1	1	
Amélioration de l'état général			1	3		
Augmentation du poids			4	22		
Amaigrissement		8	1	3		
Asthénie		2	3	1		

	4				
Lipothymies		1			
Fièvre			1		
Paléur			1		
Glossite	1	1			
Oesophagite	1				
Modifications de phanères	1				
Fistule stercorale post-opératoire	1		5		
Infection pariétale	1		2		
Météorisme ou ballonnement	4	1	1		
Ondulations péristaltiques	2				
Oedème des membres inférieurs	1				
Modifications de l'anse anastomosée	6		4		
Anémie	1	2	3		
non définie	1		2		
hyperchrome		2			
macrocytaire		1	1		
Leucopénie		1	1		
Hypocalcémie	2				
Hyperchlorémie	1				
Coprologie présence de graisses					
neutres	1				
présence de résidus					
alimentaires	1				

3ème CHAPITRE

. EXPOSE DE NOS OBSERVATIONS
=====

Nos recherches dans un service de Médecine (celui de notre Maître le Docteur DUPUY), et deux services de Chirurgie (ceux de nos Maîtres les Docteurs MIALARET et SEILLE) ont été bien infructueuses.

Certes, nous avons trouvé nombre d'anastomoses iléotransverses, mais la plupart étaient faites après une hémicolectomie droite, ou étaient purement palliatives, pour néoformation colique maligne.

Quelques unes, cependant, nous ont retenus.

Nous citons 17 Observations d'iléotransversostomies :

- 4 pour occlusions post-opératoires;
- 3 pour tuberculose iléo-caecale;
- 2 pour iléite;
- 6 pour fistules post-opératoires ;
- 1 pour invagination intestinale aiguë;
- 1 pour abcès appendiculaire.

A ces observations, nous ajouterons en fin de chapitre, celle d'une jéjuno-transversostomie après résection étendue du grêle.

I - ILEOTRANSVERSOSTOMIES POUR OCCLUSIONS POST-OPERATOIRES

A - Exposé de nos 4 observations :

Observation n° 1 (Service du Docteur MIALARET).

Monsieur CO... Jean-Claude.

Cet adolescent de 16 ans 1/2 a été hospitalisé dans le Service du Docteur MIALARET au 6ème jour d'une crise appendiculaire, présentant un plastron sans retentissement sur le transit digestif.

Il est opéré dès l'apparition de signes d'abcédation: le 23 octobre 1958, on évacue l'abcès rétro-caeco-colique par voie latéro-colique droite. Pas d'appendicectomie.

Les suites de cette intervention sont mouvementées; à une diarrhée, apparue le 8 Novembre 1958, fait suite un syndrome occlusif; vomissements, arrêt des gaz et des matières, météorisme, fièvre à 37°8.

Ce tableau clinique fait envisager une seconde intervention qui est pratiquée le 9 Novembre 1958, et dont voici des extraits du compte-rendu :

" Occlusion portant sur les 3 dernières anses grêles. Une anse est bloquée dans le pelvis; sous elle s'engage une autre anse, par ailleurs bloquée sous le promontoire. Toute libération serait dangereuse. Anastomose iléotransverse latéro-latérale, en se servant de l'orifice d'entérotomie" (par lequel le grêle dilaté a été vidangé).."

Suites opératoires :

- dès le 10 Novembre 1958, lendemain de l'intervention, l'état général est bien amélioré; le transit reprend, l'appétit revient;
- le transit est normal (une selle normale par jour) dès le 14 Novembre 1958;
- le poids passe de 56 Kg le 23 Octobre 1958 à 64, 5 Kg le 30 Juin 1959;
- un seul épisode diarrhéique est noté fin juin 1959 (2 jours).

La suppression de l'iléotransversostomie (qui avait été prévue lors même de sa création) est effectuée le 3 Juillet 1959, en même temps qu'est rétabli le transit normal, et qu'est pratiquée l'appendicectomie.

En résumé, il s'agit donc d'une iléotransversostomie latéro-latérale temporaire (8 mois) pour une occlusion post-appendiculaire chez un adolescent, et qui a été non seulement magnifiquement tolérée (un épisode diarrhéique en 8 mois), mais en outre a permis une prise de poids de 8, 5 Kg en 8 mois, et d'intervenir pour un acte chirurgical complet et définitif sur un terrain bien meilleur.

Observation n° 2 (Service du Docteur MIALARET)

Madame MO... Renée

Cette femme, multiopérée abdominale, a subi une iléotransversotomie latéro-latérale à l'âge de 23 ans en 1945 car, après une ovariectomie en 1943, et une hystérectomie en 1944, elle a été la victime de 3 occlusions post-opératoires successives.

De plus, un trauma crânien et une fracture rachidienne (à hauteur de D 7; greffée chirurgicalement) compliquent encore l'état de cette malade en 1957.

En février 1960, on met en évidence, dans le service du Docteur SALLET, un syndrome digestif :

- une diarrhée, faite de 7 à 8 évacuations quotidiennes qui contiennent souvent des aliments non digérés;
- des douleurs abdominales, à maximum para-ombilical droit, avec sensation de passages alimentaires et aériques;
- malgré un bon appétit existent un ballonnement post-prandial, avec digestions lentes; des vomissements assez fréquents, alimentaires, sans caractère fécaloïde; des éructations et des brûlures oesophagiennes.

De plus, on peut noter depuis Août 1959 :

- une intense asthénie;
- des malaises, des lipothymies;
- des crises tétaniques des deux bras avec "mains d'accoucheur", signes de CHVOSTEK et de TROUSSEAU.

Le dosage de la calcémie le 12 Février 1960 était à 62 mg par litre (3,3 mEq)

L'examen clinique va révéler :

- une zone résistante dans la région péri-ombilicale, sans que l'on puisse cependant parler de la perception d'une masse;
- une douleur provoquée par la palpation de la région para-ombilicale droite, douleur qui irradie vers le creux épigastrique;
- par ailleurs, foie et rate sont normaux à l'examen;
- les examens cardiovasculaire, pulmonaire, neurologique sont normaux.

Divers examens complémentaires ont été pratiqués :

1 - Examens radiologiques :

- a - un lavement baryté du 15 avril 1960 montre que la communication entre le colon transverse et le grêle est bien perméable; le lavement inonde les anses grêles. On peut noter sur 2 clichés un aspect épaissi des valves de la valvule de BAUHIN. L'évacuation du colon est très satisfaisante, mais le grêle n'est absolument pas vidé sur le cliché d'évacuation.
- b - un transit du grêle (par voie orale) montre la bonne perméabilité de l'anastomose. Le colon est opacifié jusqu'à l'angle droit, mais le caeco-ascendant ne se remplit pas, non plus que l'anse iléale distale sous-anastomotique.
- c - La radiographie pulmonaire est normale.

2 - Examens biologiques :

- Une numération globulaire avec formule leucocytaire montre le 1er mars 1960 une discrète anémie à 4.060.000, une leucocytose à 7.800, avec formule normale;
- La calcémie, qui était à 62 mg par litre le 12 février 1960, est remontée, sous l'influence de la thérapeutique à 95 mg (4,75 mEq) par litre le 1er mars 1960.
- La glycémie est à 0,85 g par litre le même jour;
- et, à la même date, l'urée sanguine est à 0,45 g^{°/°°},
la chlorémie à 3,60 g (101,4 mEq)^{°/°°},
le sodium à 3,15 g (136,9 mEq)^{°/°°},
la kaliémie à 180 mg (4,6 mEq)^{°/°°},
la réserve alcaline à 60 volumes.

3 - Examen coprologique (Hôpital SAINT-LOUIS) le 1er Mars 1960

Il montre l'absence de parasitose, et une selle d'hydratation un peu augmentée, sans stéatorrhée.

Ce syndrome digestif conduit alors la malade à subir une réintervention dans le Service du Docteur MIALARET le 20 Avril 1960. Voici des extraits du compte-rendu de l'intervention:

"..... libération patiente de l'iléon qui, sur toute sa longueur, forme des boucles d'adhérences et des torsions assez complexes. Il existe une large anastomose latéro-latérale entre le milieu du transverse et le grêle au-dessus du magma adhérentiel, c'est à dire environ au milieu du grêle, à la jonction du jéjunum et de l'iléon. Tout le jéjunum au-dessus est libre de toute adhérence. Comme l'iléon a pu être libéré dans sa totalité, au-dessous de l'anastomose, sans dépéritonisation notable, on peut supprimer purement et simplement l'anastomose. Fermeture de la brèche colique transversalement, en un plan. Résection de la zone anastomotique du grêle, et rétablissement termino-terminale de la continuité en un plan...."

Suites opératoires :

A partir du 23 Avril 1960, le transit se fait normalement: une selle quotidienne; mais il faut noter, chaque fois que la malade se lève, une sensation de besoin d'aller à la selle, impérieux.

Les vomissements ont complètement disparu, et le 20 Mai 1960, on note une tendance à la constipation.

En résumé, cette iléotransversostomie latéro-latérale (haut placée sur l'iléon), pratiquée pour occlusions répétées post-opératoires, a été supportée 15 ans. Elle a surtout eu un retentissement fonctionnel digestif (diarrhée, vomissements, douleurs au niveau de la zone anastomotique). Biologiquement une hypocalcémie a été constatée.

Observation n° 3 (Service du Docteur MIALARET)

Monsieur PE..... Joseph.

Il s'agit d'un homme, appendicectomisé au mois d'avril 1943 à l'âge de 51 ans, et qui, le 20 Juin 1943, est victime d'une occlusion intestinale post-opératoire. Il subit alors une nouvelle intervention, au cours de laquelle on pratique une iléotransversostomie latéro-latérale antipéristaltique.

Cette intervention est parfaitement tolérée pendant 8 ans: aucun trouble de l'état général, une à deux selles pâteuses par jour (aucun épisode diarrhéique n'est mentionné).

Puis progressivement, au début de 1952, s'installe un syndrome digestif qui amène ce patient à consulter le Docteur MIALARET; on note alors :

- une lenteur de digestion, et des lourdeurs post-prandiales;
- un certain degré de ballonnement post-prandial para-ombilical;
- une à deux selles par jour normales ou pâteuses, assez mal moulées;
- et, à l'examen, on constate une douleur para-ombilicale et sous costale droite qui répond radiologiquement à la zone de l'anastomose iléotransverse.

Cet examen radiologique nous a montré en outre (par lavement):

- que le passage du produit opaque se faisait à la fois par la bouche d'anastomose bien perméable, et par la voie physiologique;
- que la partie proximale juxta-anastomotique de l'anse iléale anastomosée était un peu dilatée.

L'examen a été complété en Mai 1952 par :

- une numération globulaire avec formule leucocytaire, qui a montré une anémie à 3.900.000 hématies, et une leucocytose à 6.400 avec formule normale;
- l'hématocrite était normal ;
- l'urée sanguine à 0,33 g par litre.

Quand à l'examen coprologique pratiqué à l'Hôpital SAINT LOUIS, il permet de noter que la digestion et l'absorption protéiques et lipidiques sont normales, qu'il n'y a aucun élément parasitaire, mais que les acides organiques sont à 17 cm³ et l'ammoniaque à 1 cm³.

Devant ce syndrome clinique, cette douleur persistante au niveau de l'anastomose, celle-ci est supprimée le 30 Mai 1952, et le circuit digestif normal rétabli.

En résumé, il s'agit ici d'une iléotransversostomie latéro-latérale antipéristaltique effectuée pour occlusion post-opératoire, qui a été parfaitement tolérée pendant 8 ans, mais qui a dû être supprimée avant la fin de la 9^{ème} année pour des douleurs au niveau de l'anastomose, avec météorisme localisé, et biologiquement une anémie, et des putréfactions nettement insuffisantes.

Observation n° 4 (Service du Docteur DUPUY)

Monsieur PI... André.

Ce gardien de la paix, âgé actuellement de 42 ans, est porteur depuis 6 ans 1/2 d'une iléotransversostomie.

Appendicectomisé à froid en 1939, il n'a ressenti aucun symptôme digestif bien caractérisé pendant 11 ans.

En 1950, à la suite d'un épisode diarrhéique aigu et éphémère, s'installe un syndrome de KÖNIG qui l'amène à consulter dans le Service du Docteur DUPUY. Divers examens sont alors pratiqués :

- examen clinique, qui ne montre rien d'anormal;
- examen parasitologique des selles qui montre l'absence de parasites,
- examens radiologiques du carrefour iléo-caecal, qui permettent de constater :

- 1 - la perméabilité par voie haute et par voie basse de la région étudiée, et notamment l'incontinence au lavement de la valvule de BAUHIN;
- 2 - au niveau de la zone juxta-valvulaire de l'iléon terminal, un aspect de rétrécissement, apparemment circulaire, portant sur environ 2 cm.

Des traitements symptomatiques n'amènent pas d'amélioration durable et ce malade est réopéré:

- en Octobre 1953, où l'on trouve, comprimant l'iléon terminal, deux brides péritonéales que l'on sectionne;
- en Décembre 1953, car malgré l'intervention précédente, les troubles se produisent identiques à eux-mêmes; le Docteur GUENIN pratique alors une iléotransversostomie latéro-latérale antipéristaltique.

Quelles ont été les suites de cette intervention ?

1 - cliniquement :

- a - depuis 6 ans 1/2, le syndrome de KÖNIG ne s'est pas reproduit. Quelques douleurs vagues et mal localisées, très éphémères, ont été ressenties à intervalles variables, mais en général, à la suite d'excès alimentaires.
- b - Mais s'est installée une diarrhée constante dans sa réalité: au minimum, ce sujet émet deux selles par jour; au maximum 4 à 5; mais toujours, les selles sont mal moulées, semi liquides ou pâteuses, fétides; elles ne contiennent ni sang, ni débris muqueux.
Cette diarrhée n'a aucun retentissement sur l'état général.

2 - Examens biologiques:

- a - Numération globulaire et formule leucocytaire sont normales.
- b - Le taux des protides sanguins est à 66 g par litre.

3 - Examens radiologiques. Sur les examens pratiqués depuis l'intervention, on note que :

- a - la bouche d'anastomose est bien perméable dans les deux sens;
- b - le passage ne se fait dans aucun cas par la valvule de BAUHIN; le caeco-ascendant et la dernière anse iléale sont opacifiés par lavement et par transit, mais:
 - toujours par voie antipéristaltique pour le caeco-ascendant (qui se remplit donc de baryum lors du transit).
 - toujours par voie iso-péristaltique pour l'iléon, où persiste d'ailleurs l'image rétrécie déjà constatée avant l'iléo-transversostomie.

4 - L'examen coprologique (pratiqué par les soins du Docteur GOIFFON) peut se résumer ainsi :

- " - fonctions gastriques bonnes;
- capacité intestinale de digestion des aliments: bonne;
- fonctions motrices du colon: peu accélérées ;
- teneur en eau par rapport au syndrome moteur: légèrement augmentée;
- produits anormaux d'origine intestinale: néant;
- orientation de la flore intestinale :
 - acides organiques : 12, 0
 - ammoniaque : 3, 2
 - pH : 6, 8
- parasites : oeufs d'ascaris .

" Conclusions :

- selle d'évacuation peu accélérée sans hypersécrétion notable;
- bonne capacité digestive;
- insuffisance des fermentations;
- oeufs d'ascaris."

En résumé, cette iléotransversostomie latéro-latérale antipéristaltique pratiquée chez un homme jeune pour un syndrome subocclusif persistant, installé onze ans après une appendicectomie, a eu pour effet :

- la disparition du syndrome de KÖNIG;
- mais l'installation d'une diarrhée avec, à l'examen coprologique, une teneur en eau un peu augmentée, et des fermentations insuffisantes;
- une protidémie un peu basse.

B - Résultats :

1 - Aucun décès n'a été noté.

2 - L'action sur le syndrome occlusif ou subocclusif s'est avérée favorable dans les 4 observations.

3 - Une intervention ultérieure (suppression de l'anastomose) a été nécessaire 3 fois sur 4 (8 mois, 15 ans, 9 ans après sa création).

4 - A la suite de la suppression de l'iléotransversostomie, les deux fois où il y avait des symptômes anormaux, ceux-ci ont disparu.

5 - Sur le plan symptomatologique, on peut constater :

a - des signes fonctionnels :

- modifications fécales : une selle par jour dans un cas (un épisode diarrhéique ayant duré 2 jours au début de la 2ème hospitalisation dans notre première observation); une à deux selles pâteuses dans un cas; 2 à 8 selles semi-liquides ou pâteuses dans les deux cas restants (observation n° 2 et n° 4);
- des douleurs abdominales dans 3 observations: une fois dans la région para-ombilicale droite, post-prandiales; une fois, douleurs post-prandiales mal localisées (peut être en rapport avec des excès alimentaires); une fois des lourdeurs post-prandiales;
- du ballonnement post-prandial est constaté dans deux observations;
- enfin, vomissements, éructations et brûlures oesophagiennes sont signalés chacun une fois.

b - Des signes généraux :

- le poids a augmenté dans un cas; ses modifications ne sont pas signalées ailleurs;
- l'appétit a toujours été normal;
- de l'asthénie est notée une fois ;
- l'état général a été très nettement amélioré dans un cas; une amélioration suivie d'aggravation a été constatée dans un autre cas.

c - Des signes physiques :

- dans deux observations, la palpation de la région para-ombilicale droite (au niveau de la zone de l'anastomose) a réveillé une douleur;
- dans une observation, des crises de tétanie ont été notées.

d - Trois malades ont subi un examen radiologique post-opératoire:

- le passage de la baryte par les voies naturelles est signalé 2 fois ;
- la partie proximale de l'anse juxta-anastomotique est légèrement dilatée dans un cas.

e - Sur le plan biologique :

- une anémie légère est signalée 2 fois; pas d'observation où soit notée une leucopénie;
- une hypocalcémie a été constatée dans un cas;
- hypoprotidémie légère, et hypoglycémie sont signalées chacune une fois;
- quant aux examens coprologiques, ils montrent l'augmentation de la teneur en eau dans 2 cas, les acides organiques et l'ammoniaque (mesurés chacun 2 fois) varient en sens opposé.

II - ILEOTRANSVERSOSTOMIES POUR TUBERCULOSE ILEOCAECALE

A - Exposé de nos 3 observations :

Observation n° 5 (Service du Docteur SEILLE)

Madame OU.....Blanche.

Il s'agit ici d'une femme de 42 ans, mère de un enfant, chez qui, à l'occasion d'un fléchissement très net de l'état général :

- amaigrissement net de 1949 à 1951 (dont 13 kg d'avril à septembre 1951);
- fièvre autour de 38°;
- asthénie marquée;
- anorexie;
- aménorrhée depuis le début de 1951;

on a été amené, en présence de l'association à ce syndrome général de douleurs abdominales (mal définies, non localisées, sans trouble du transit digestif), et d'une accélération de la vitesse de sédimentation globulaire (50-82), à porter le diagnostic de tuberculose iléo-caecale.

Aucun argument étiologique, aucune lésion pulmonaire n'ont pu être découverts.

Cette malade a reçu au total 23 perfusions intra-veineuses de P.A.S. et 124 grammes de Streptomycine par voie intra-musculaire. Malgré ce traitement médical, son poids est passé de 39,6 Kg le 20 septembre 1951 à 37,1 kg le 11 Février 1952 (amaigrissement de 2,5 kg en 4 mois 1/2); la vitesse de sédimentation globulaire s'est encore accélérée (de 50-82 le 14 Septembre 1951 à 56-93 le 11 Novembre 1951)

On décide donc d'intervenir, et le Docteur SEILLE pratique une laparotomie le 16 Février 1952. Voici des extraits de compte rendu opératoire: " Dans la fosse iliaque droite, il existe une masse constituée par le caecum, un paquet d'anses grêles, et les annexes du côté droit. Il s'agit d'une masse fixée par des adhérences épaisses, succulentes, à la paroi intestinale. Il s'agit par conséquent non pas d'une tuberculose annexielle droite, mais d'une tuberculose du caecum avec paquets d'adhérences.

Dans ces conditions, on fait, une iléotransversostomie termino-latérale, après avoir sectionné les adhérences. L'anastomose est faite au fil de lin en 2 plans; et l'on a pris soin de sectionner la masse au loin, de façon à séparer nettement l'iléon terminal de l'anastomose. Dans une deuxième temps, on fera une résection de la tumeur iléo-caecale "

Dans les suites de cette intervention, on peut noter :

- 1 - une tendance diarrhéique post-prandiale. Les selles, non moulées, semi-liquides ou pâteuses, sont émises au nombre de 2 à 4 par 24 heures (alors qu'il n'existait pas de troubles du transit intestinal avant l'intervention).

- 2 - Deux examens radiologiques ont permis d'apprécier les résultats de cette première intervention :
 - a - un lavement baryté, pratiqué le 27 Février 1952, a montré l'absence d'opacification du colon droit, et l'absence de franchissement de l'anastomose par voie rétrograde;
 - b - un transit baryté de l'intestin grêle, le 2 mai 1952, a permis de constater que l'anastomose était franchie 3 heures 1/2 après l'ingestion du repas opaque, qu'elle fonctionnait convenablement et que le colon droit n'était pas opacifié.
- 2 - Quant à l'état général de cette malade, il a été bouleversé :
 - l'appétit a repris;
 - le poids est passé de 37, 1 Kg le 11 février 1951 à 53 Kg le 9 juin 1952;
 - la température est redevenue normale;
 - les règles sont réapparues.
- 4 - Quelques examens complémentaires ont été pratiqués dans cette période:
 - la numération globulaire avec formule leucocytaire du 10 juin 1952 a montré un taux d'hémoglobine à 80%, une érythrocytémie à 4.270.000, une leucocytose à 4.800 avec 69% de polynucléaires (dont 5 éosinophiles);
 - un taux de prothrombine à 90%
 - un taux de protides sanguins à 82 g°/°°,
 - urée sanguine à 0,25 g°/°°.

L'hémicolectomie droite prévue lors de la première intervention a été réalisée le 27 Juin 1952.

En résumé, il s'agit d'une iléotransversostomie pratiquée comme premier temps du traitement chirurgical d'une tuberculose iléo-caecale d'apparence primitive chez une femme de 42 ans en très mauvais état général.

Le traitement antibiotique n'avait amené aucune amélioration nette; la dérivation a permis de pratiquer ultérieurement une hémicolectomie droite chez une malade en bon état, mais elle a eu pour inconvénient d'entraîner des troubles du transit digestif.

Observation n° 6 (Service du Docteur DUPUY)

Madame KE... Charlotte.

Cette femme a subi en 1945, à l'âge de 33 ans, une appendicectomie dont voici le compte-rendu opératoire :

" Appendice adhérent à la région pelvienne, avec un noyau d'adhérences très gros, friable (épiploon et grêle). Rien d'anormal au niveau des annexes. Appendicectomie....."

De 1945 à 1949, elle s'est plaint de douleurs persistantes de la fosse iliaque droite, de poussées de fièvre, d'épisodes diarrhéiques, d'une asthénie assez nette.

En Mars 1949 cette malade est admise dans le service de Monsieur le Docteur GUTMANN, où est porté le diagnostic de tuberculose iléo-caecale; une iléotransversostomie latéro-latérale sans résection est pratiquée le 3 Mai 1949, sous couvert d'un traitement par la Streptomycine (50 g au total) .

Voici le résultat des examens complémentaires pratiqués alors avant l'intervention :

- 1 - Numération globulaire - Formule leucocytaire : 70% d'hémoglobine, avec une anémie à 3.380.000, une leucocytose à 11.600, avec 74% de polynucléaires;
- 2 - Vitesse de sédimentation globulaire : 66-IO3 le 21 Mars 1949
45-94 le 7 avril 1949
55-94 le 21 avril 1949
- 3 - Recherche de bacilles de KOCH, et de sang dans les selles : négatives le 30 mars et le 29 avril 1949;
- 4 - Urée sanguine : 0,25 g °/° le 11 mars 1949, 0,30 g °/° le 28 avril 1949;
- 5 - des examens radiologiques du carrefour iléo-caecal montrent une perte de souplesse nette de la région, et l'on note un aspect d'iléite de la dernière anse grêle, sur une dizaine de centimètres environ, et une image d'amputation de la partie interne du bas-fond caecal (ce bord interne est irrégulier, "comme grignoté").
- 6 - La radiographie thoracique est normale, de même que l'examen du fond d'oeil.

Donc, sous traitement par la Streptomycine, on ne semble pas avoir constaté de nette amélioration:

- persistance des signes fonctionnels digestifs;
- chute de poids modeste (41,5 Kg le 8 Mars 1949; 40,2 Kg le 18 avril 1949);
- persistance d'une accélération de la vitesse de sédimentation;
- persistance d'une anémie (à 3.400.000 gR) et d'une hyperleucocytose modérée (à 10.400) au début de Mai 1949.

Quels ont été les résultats de l'iléotransversostomie ?

- 1 - De Mai 1949 à Mars 1954, on peut constater :

- a - sur le plan fonctionnel, la douleur de la fosse iliaque droite a persisté; moindre, elle n'apparaît qu'à la fatigue.

En Juillet 1953, on note un épisode éphémère de douleurs de la fosse iliaque droite, et de la région para-ombilicale droite, surtout après les repas, à type de tiraillements, plus nettes aux efforts de toux et lors des mouvements de la paroi abdominale

Le transit intestinal est caractérisé par l'absence de crise subocclusive, mais surtout par l'existence de 2 à 3 selles pâteuses ou semi-liquides par jour.

Un épisode éphémère de météorisme abdominal diffus, sans modification du transit intestinal, est signalé en Juin 1952.

- b - Sur le plan général, le poids a subi une brusque ascension dans les suites opératoires : de 40,2 Kg en Avril 1949, il est passé à 48,3 Kg le 30 Juin (gain de 8 Kg en 2 mois), puis il est resté stationnaire (48,1 Kg le 8 Juin 1954); l'appétit est devenu bon. L'asthénie a progressivement disparu, et après une cure sanatoriaire de Juin 1949 à Septembre 1951, cette femme a repris son métier de dactylographe et a assuré son emploi normalement. La fièvre a persisté quelques mois dans les suites opératoires, modérée, puis s'est stabilisée à la normale.
 - c - Sur le plan physique, aucun symptôme bien caractéristique n'a été signalé.
 - d - Les examens paracliniques ont été régulièrement pratiqués :
 - vitesses de sédimentation globulaire :
 - IO-24 le 22 Septembre 1951,
 - I9-46 le 28 Juin 1952,
 - I5-38 le 1er Aout 1953;
 - numération globulaire du 22 Septembre 1951: 4.360.000 hématies avec 90% d'hémoglobine; 8.400 leucocytes, avec 52% de cellules mononucléées.
 - examens radiologiques : les examens pulmonaires, régulièrement pratiqués, n'ont jamais montré d'image anormale; les examens radiologiques digestifs, pratiqués à plusieurs reprises, ont permis de constater : la bonne perméabilité de l'anastomose, tant par voie haute que par lavement; l'absence d'opacification de la dernière anse iléale sous-anastomique; l'aspect absolument inchangé du caecum, qui est toujours resté amputé sur son bord interne; l'absence de passage par la valvule de BAUHIN.
- 2 - Au début de 1954, l'état général s'altère de façon discrète, et ce trouble semble s'être fait jour après la cure d'une fistule anale, apparue en novembre 1953, à la suite d'un abcès de la marge anale (biopsie: absence de signe de malignité). A partir de Juin 1954, on assiste à l'installation d'une cachexie fébrile à évolution rapide :
- a - cliniquement, aucune douleur abdominale nette à l'examen, nombre et qualité des selles inchangés, tout au moins au début.

Aucune anomalie clinique ou para-clinique pulmonaire, cardiovasculaire, hématologique, ni neurologique n'est notée. Une température hectique s'installe dès le 20 Juin 1954, la courbe du poids chute de 48,1 Kg le 6 Juin 1954 à 44,5 Kg le 19 Juin 1954.
 - b - Les examens paracliniques pratiqués montrent :
 - une accélération de la vitesse de sédimentation -(85-I25 le 9 juin 1954);
 - une leucocytose à I4.800 avec 70% de polynucléaires neutrophiles, sans anémie, le 9 Juin 1954.

Par contre, on constate le 2 Juillet 1954, une anémie à 3.100.000 hématies, 9.000 leucocytes (avec 72% de polynucléaires neutrophiles); un taux de protides sanguins à 70 g par litre;

 - On n'a jamais mis en évidence, ni au tubage gastrique, ni à l'examen coprologique, la présence de bacilles de KOCH.

Un traitement antibiotique par P.A.S., Isoniazide, Streptomycine, prescrit depuis le 8 Juin 1954, n'empêche pas l'aggravation des symptômes: diarrhée très abondante et très fétide, douleurs abdominales, vomissements.

Et l'hypothermie précède de 24 heures le décès de cette malade, survenu le 3 Juillet 1954 dans un tableau de météorisme abdominal avec vomissements fécaloïdes.

En résumé, il s'agit ici d'une jeune femme qui a subi à l'âge de 37 ans une iléotransversostomie latéro-latérale pour tuberculose iléo-caecale. Cette intervention semble avoir apporté une amélioration clinique, dont la Streptomycine (faite, il est vrai, de façon éphémère) s'était montrée incapable: gain de poids important, reprise de travail normal, ayant même permis à cette femme de se marier.

Sur le plan biologique, la vitesse de sédimentation s'était presque normalisée. Bref, une vie normale a été possible pendant 5 ans.

Mais cette intervention a entraîné une diarrhée de 2 à 3 selles semi-liquides ou pâteuses par jour, n'a amené aucune modification des images pathologiques de l'intestin, et, surtout, n'a pas empêché le décès de cette femme à l'âge de 42 ans dans un tableau abdominal aigu, malgré l'institution d'un traitement antituberculeux efficace.

Observation n° 7 (Service du Docteur MIALARET)

Monsieur GO..... François.

Cette observation est celle d'un homme qui a conservé, de l'âge de 22 ans à celui de 38 ans, une iléotransversostomie pratiquée pour tuberculose iléo-caecale. De cette longue histoire, voici les faits que nous avons retenus.

En 1943, à HANOI, on pratique, pour tuberculose iléo-caecale, une iléotransversostomie latéro-latérale isopéristaltique: cette intervention semble avoir comporté une résection du grêle terminal (le protocole de l'observation ne nous a pas été communiqué).

De 1943 à 1946, on ne note aucun trouble digestif ni général.

En 1946, à l'occasion d'une déportation en Extrême-Orient, on découvre une amibiase, traités par 5 séries d'Emétine, et l'on est amené à constater, à partir de 1946, un syndrome digestif fait de douleurs du cadre colique, troubles du transit (alternances de diarrhée et de constipation), ballonnement post-prandial, plusieurs hémorragies digestives.

Les troubles persistent pendant 12 ans, et en Octobre 1958, le patient est hospitalisé dans le Service du Docteur SALLET. Son syndrome digestif est alors constitué par :

- 1 - des douleurs abdominales régulières et continues, mais avec des exacerbations:
 - survenant toujours 2 à 3 heures après les repas (elles ne surviennent pas si le malade jeûne);
 - bien localisées dans la fosse iliaque gauche et l'hypochondre droit, puis tendant à se généraliser à tout l'abdomen;
 - ces paroxysmes sont comparés à des tiraillements, des "élan-cements";
 - leur durée est de 2 à 3 heures;
 - et ils se terminent 5 à 6 heures après le repas, au niveau de la fosse iliaque gauche, sur une longueur bien délimitée d'une dizaine de centimètres sur le colon gauche, qui est alors distendu, dur et douloureux à la palpation.

- 2 - Ces douleurs s'associent à un météorisme qui apparaît 2 heures 1/2 après le repas, et croît jusqu'à 6 heures après le repas.
- 3 - Des troubles du transit : à des périodes de constipation relative (une selle tous les 2 ou 3 jours) succèdent des périodes de diarrhée : 3 à 7 selles semi-liquides par jour.
- 4 - La température oscille autour de 38°.
- 5 - Il n'y a pas d'hémorragie digestive, ni de vomissement.
- 6 - L'appétit est normal

L'examen clinique était normal :

Divers examens complémentaires ont alors été pratiqués :

- 1 - La radiographie pulmonaire n'a rien montré d'anormal;
- 2 - A l'examen rectosigmoïdoscopique, aucune anomalie;
- 3 - Un transit baryté de l'intestin paraît s'effectuer dans les délais normaux, mais sur certains clichés se discute l'existence d'un aspect folliculaire du caecum; de plus, la zone de l'anastomose est fixée, et douloureuse à la palpation sous contrôle radioscopique;
- 4 - Un examen radiologique et un examen endoscopique de l'estomac ne révèlent aucune lésion;
- 5 - à la laparoscopie, gênée par les adhérences de la région latérale droite, le foie et la vésicule sont douloureux à la palpation sous contrôle de la vue;
- 6 - Le dosage des protides sanguins montre un taux à 78 g par litre, avec 35 g. de sérum-albumine et 43 g de séro-globuline (diminution des alpha I et des bêta-globulines).
- 7 - L'examen bactériologique et parasitologique des selles ne révèle pas la présence de B.K. ni d'amibes.

Après 3 semaines d'observations et d'examens, on institue un traitement antituberculeux comportant Rimifon et Streptomycine pendant 2 mois et demi. A l'issue de ce traitement, on note que le syndrome fonctionnel n'a pas été modifié; que l'état général est satisfaisant (température normale ou subnormale, appétit moyen; pas d'anémie ni d'hyperleucocytose); que les signes radiologiques sont inchangés: aucun signe net de récurrence du processus tuberculeux local n'est notable.

L'aspect reste identique d'Avril à Septembre 1959, date à laquelle on constate un amaigrissement de 8 Kg pendant les 3 derniers mois, une asthénie nette, malgré un bon appétit.

Et le 26 Octobre 1959, ce malade, pâle et fatigué, émet des selles peu fécales, séro-sanglantes. Une numération globulaire montre ce jour là une anémie à 3.680.000, et le malade, présenté dans le Service du Docteur MIALARET, est opéré le 23 Novembre 1959, après un traitement pré-opératoire fait de transfusions de sang, antibiothérapie, spasmolytiques.

Voici le compte-rendu de cette intervention :

"..... Colon gauche et transverse paraissent extérieurement normaux

Le grêle est normal. L'anastomose iléo-transverse latéro-latérale isopéristaltique est large, bien perméable, souple, mais elle est débordée sur sa gauche par un long cul de sac iléal (8 cm environ) et sur sa droite par un long cul de sac colique, tous deux à parois saines. Résection en bloc de l'anastomose, et des deux culs de sac. Léotransversostomie termino-latérale".

Cette résection iléo-colique n'entraîne pas une amélioration évidente:

- un syndrome subocclusif nécessite une réintervention le 12 Décembre 1959, et l'on trouve une adhérence du sommet de l'anse sigmoïde dans le fond du Douglas;
- et par la suite, persistance d'un état subocclusif, sans vomissement, sans péristaltisme visible, avec ballonnement et constipation; la courbe du poids continue sa chute (de 46,5 kg le 16 Novembre 1959 à 43,6 Kg le 4 janvier 1960.)

En résumé, cette iléotransversostomie (pour tuberculose iléocaecale) semble avoir été bien supportée 3 ans; au bout de ce laps de temps, une amibiase paraît avoir été le prétexte d'un syndrome fonctionnel et général sans substratum anatomique évident; mais l'iléotransversostomie ne paraît pas pouvoir être incriminée formellement dans sa genèse. Sa suppression, en effet, en l'absence de toute lésion organique décelable, n'a entraîné aucune amélioration; au contraire, un syndrome subocclusif prolongé s'est installé, le poids a diminué de 3 Kg en 1 mois et demi:

B - Résultats

- 1 - Aucun décès ne peut être attribué à l'intervention.
- 2 - L'action sur la maladie tuberculeuse s'est avérée favorable dans les 3 cas (et plus nette dans l'observation n° 5 que dans l'observation n° 6, ces deux malades ayant subi un traitement antibiotique pré-opératoire).
- 3 - Une intervention ultérieure a été nécessaire dans 2 Observations:
 - a - pour complément de la thérapeutique contre la maladie tuberculeuse (observation n° 5: hémicolectomie droite 4 mois plus tard);
 - b - pour une autre cause dans l'observation n° 7: résection des 2 culs de sac iléal et colique 16 ans plus tard.

Le résultat de cette seconde intervention a été bon dans un cas, assez décevant dans l'autre.

- 4 - Sur le plan symptomatologique, on peut constater :

- a - des signes fonctionnels :

- modifications fécales : deux malades ont eu des selles semi-liquides, augmentées en nombre (2 à 4 par 24 heures); dans un cas, de la constipation est signalée (une selle tous les 2 ou 3 jours), alternant avec des épisodes diarrhéiques (3 à 7 selles semi-liquides par jour); dans un cas, les selles sont émises en période post-prandiale;

- des douleurs abdominales sont notées dans deux observations :
dans un cas; elles siègent dans la fosse iliaque droite, et apparaissent surtout à la fatigue;
dans l'autre observation, elles sont post-prandiales;
 - ballonnement ou météorisme sont notés dans deux cas (un épisode dans une observation; survenue assez fréquente et régulière dans l'autre).
- b - Des signes généraux :
- le poids a augmenté dans 2 cas; il a tardivement diminué dans la dernière observation;
 - l'appétit est normal dans les 3 cas;
 - l'asthénie a disparu progressivement dans un cas, elle est réapparue secondairement chez le malade de l'observation n° 7;
 - la fièvre a disparu dans les observations n° 5 et 6, elle est réapparue chez le malade de la dernière observation.
- c - Des signes physiques : seule la douleur provoquée sous écran au niveau de la zone anastomique est signalée dans 2 observations.
- d - L'examen radiologique a été pratiqué chez ces 3 malades il a montré que :
- l'anastomose était perméable dans 2 cas par lavement baryté, imperméable par ce procédé dans un cas (mais elle était alors aisément franchie par transit);
 - les lésions ont persisté dans 2 cas;
 - l'anse iléale distale ne s'est jamais opacifiée.
- e - Sur le plan biologique
- le nombre des hématies est pratiquement normal dans les deux observations féminines (n° 5 et 6) ; une discrète anémie à 3.680 .000 est notée chez l'homme de l'observation n° 7; la leucopénie n'est jamais signalée;
 - le dosage des protides sanguins a été normal;
 - les examens de selles ont montré l'absence de bacilles de KOCH ou de parasites.

III - ILEOTRANSVERSOSTOMIES POUR ILEITES

A - Exposé de nos deux observations

Observation n° 8 (Service du Docteur MIALARET)

Madame BE..... Georgette.

Cette femme de 37 ans a été admise dans le service du Docteur MIALARET pour un syndrome occlusif datant de 4 jours.

L'intervention est pratiquée le 15 Avril 1955. Voici des extraits du compte-rendu opératoire :

"... Il existe, à 15 cm de l'angle iléo-caecal, un obstacle constitué par une anse grêle pelotonnée; libération (...); on porte le diagnostic d'iléite terminale en raison d'un épaississement des parois, de ganglions disséminés dans le mésentère. On décide une résection de cette zone anormale (...). Iléotransversostomie en deux plans..."

Suites opératoires. Cette malade a été revue dans le courant de l'été 1960, et nous avons pu constater que, dans l'ensemble, elle a eu, depuis son intervention, un transit intestinal normal:

- elle émet habituellement une selle par jour, d'aspect normal; elle signale cependant quelques épisodes de constipation, avec quelques nausées, très éphémères, et une tendance à l'augmentation du nombre des selles, qui deviennent liquides, après ingestion de certains aliments riches en cellulose (poireaux, haricots verts);
- en outre, on peut noter quelques épisodes de flatulence, des borborygmes,

Son poids est confortable : 71 Kg.

L'appétit est normal, il n'y a pas d'asthénie, non plus que de fatigabilité; l'activité professionnelle est normale.

En résumé, il s'agit d'une iléotransversostomie pratiquée après une résection iléale pour entérite segmentaire (donc, d'une exclusion unilatérale), avec un bon résultat; on ne constate, 5 ans après l'intervention, que des modifications fécales très transitoires.

Observation n° 9 (Service du Docteur MIALARET)

Madame DE.... Jeanne Marie.

Cette femme de 64 ans a été admise en très mauvais état général dans le service du Docteur MIALARET le 27 Mars 1954, dans un tableau de péritonite généralisée datant de 4 jours. Voici un extrait du compte-rendu opératoire :

"... à droite, la 2ème anse iléale plicaturée est adhérente au détroit supérieur et à la paroi pelvienne dont elle est isolée. Elle présente, sur 6 cm, 2 à 3 fissurations laissant couler un liquide noirâtre; 3 cm inflammatoires non perforés; puis une induration ferme au contact de la terminaison dans le colon (...). Dérivation latéro-latérale iléotransverse en deux plans. Extériorisation de l'anse perforée..."

Une seconde intervention est pratiquée le 21 avril 1954, pour une résection limitée de l'anse grêle extériorisée dont on rétablit la continuité par une anastomose iléo-iléale termino-terminale.

L'iléotransversostomie a donc été laissée en fonction. Les suites de cette intervention n'ont pu être étudiées, cette femme étant décédée fin Mars 1955, et la famille a été incapable de nous donner le moindre détail.

B - Résultats

Sur ces deux observations d'iléite, la durée du court-circuit a été respectivement de 5 ans et Un an.

Aucun décès n'est noté que l'on puisse attribuer à l'intervention.

Un succès sur l'évolution (tout au moins temporaire) de la maladie est à mettre au compte de ces deux iléotransversostomies.

Une seule de ces interventions a pu être retenue, celle de l'observation n° 8, qui nous permet de noter :

- de rares épisodes de constipation ou de diarrhée très éphémères (en rapport avec l'absorption d'aliments riches en cellulose);
- un excellent état général.

IV - ILEOTRANSVERSOSTOMIES POUR FISTULES POST-OPERATOIRES

A - Exposé de nos 6 Observations

Observation n° 10 (Service du Docteur MIALARET)

Madame GA... Madeleine.

Cette observation est celle d'une multiopérée de l'abdomen, ovariectomisée à l'âge de 18 ans, appendicectomisée à 19 ans en 1933.

Elle constitue en 1947, à 33 ans, une péritonite aiguë, traitée "médicalement", et qui aboutit à une fistule entéro-vaginale.

Une intervention est effectuée en ALLEMAGNE en Août 1947, et l'on doit réséquer un paquet d'anses grêles terminales (fistulisées entre elles et au vagin), fermer une fistule du grêle sus-jacent, et une fistule du colon transverse. Pour rétablir la continuité digestive, on fait une iléotransversostomie latéro-latérale isopéristaltique.

Cette intervention a un résultat médiocre :

- une fistule de la partie inférieure de la cicatrice de laparotomie ne se ferme qu'en Décembre 1947;
- une tendance diarrhéique, irrégulière, mais nette (une à 3 selles semi-liquides) persiste;
- en Janvier 1949, des douleurs de l'hypochondre droit se font jour, la diarrhée s'accentue, et l'on doit réintervenir au début de 1949 pour faire une hémicolectomie droite, ce qui amène une sédation parfaite des troubles digestifs jusqu'en 1955.

En résumé, cette ileotransversostomie latéro-latérale isopéristaltique pour fistules multiples du grêle (avec résection d'1, 50 m d'intestin grêle) chez une femme de 33 ans a permis une amélioration transitoire; elle a dû être complétée par une hémicolectomie droite au bout d'un an 1/2 en raison de douleurs de l'hypochondre droit et d'une diarrhée.

Observation n° 11 (Service du Docteur MIALARET)

Madame SE... Yvonne

Il s'agit d'une jeune femme de 37 ans, opérée une première fois le 7 février 1952 pour un syndrome d'occlusion, avec douleurs abdominales intenses dans la fosse iliaque droite: il s'agissait d'un volvulus, et la laparotomie montra une nécrose de la partie terminale de la dernière anse grêle, et d'une partie d'une partie du caecum.

Il est décidé, à cette intervention, d'extérioriser l'ensemble nécrosé, dont on fait la résection secondaire le 15 Février 1952.

Ce n'est que le 18 Mars 1952 que l'on fait une anastomose latéro-latérale entre la dernière anse grêle et le transverse, pour rétablir la continuité intestinale.

Malgré cette intervention, une fistule au niveau de la première incision iliaque droit va persister de mars 1952 à Mai 1955, date à laquelle elle est réopérée par le Docteur MIALARET; on s'aperçoit que la fistule est entretenue par un segment de grêle exclu, et l'on pratique alors une résection du segment de grêle entretenant la fistule, et une hémicolectomie droite.

Cette femme a vécu de Mars 1952 à Mai 1955, avec son iléotransversostomie latéro-latérale sans que soient signalés de troubles fonctionnels ni de troubles généraux (perdue de vue actuellement, elle n'a pu nous préciser le détail de son état digestif à l'époque).

En résumé, il s'agit d'une iléotransversostomie latéro-latérale pour nécrose de la dernière anse grêle et d'une petite portion du caecum après volvulus, très bien tolérée pendant 3 ans, mais ayant dû être complétée par une hémicolectomie droite et une résection secondaire d'une anse grêle qui entretenait une fistule iléo-cutanée.

Observation n° 12

(Service du Docteur MIALARET)

Monsieur ZE... Georges.

Cet homme de 24 ans a été la victime d'une plaie abdominale par balle le 4 août 1953, opéré d'urgence dans le Service du Docteur MIALARET, il a subi le jour même une résection de 1,50 m d'iléon terminal, avec rétablissement immédiat de la continuité iléo-iléale par anastomose terminotermine.

Dans les suites de cette première intervention s'installe une fistule du grêle, à l'occasion de laquelle une seconde intervention est pratiquée le 21 Août 1953. Voici des extraits de son compte-rendu:

"..... on trouve beaucoup de liquide iléal libre dans le péritoine et surtout dans le pelvis. Libération laborieuse du grêle. L'anastomose iléo-iléale a lâché sur la moitié postérieure de sa circonférence. On la défait. On abouche le bout distal à la peau sur un écraseur de MARTEL et on anastomose le bout proximal, après recoupe, en terminotermine-latérale, dans la partie droite du colon transverse; il est impossible en effet, à cause des adhérences, de retrouver le colon droit et l'angle iléo-caecal.."

Suites opératoires :

On constate une chute progressive de la fièvre; l'alimentation est reprise le 27 août 1953.

1 - Cliniquement, il faut noter :

- une reprise de poids, constatée dès le 8 Septembre 1953 (gain de 3 Kg en 12 jours);
- un bon appétit;
- mais des selles semi-liquides et fréquentes (une à 4 par jour) dès le 15 Septembre 1953. Il est à noter que le patient a subi un traitement antibiotique per os de Chloramphénicol (1,50 g par jour) du 14 Août au 1er Septembre, et du 21 Septembre au 23 Septembre 1953 (soit 21 jours)

2 - Un examen radiologique de l'intestin grêle, par étude du transit, après absorption de baryte par voie orale, montre que le colon transverse commence à s'opacifier 3 heures 1/2 après l'ingestion, et que la bouche d'anastomose fonctionne convenablement; le colon droit n'est que très partiellement opacifié.

3 - Les modifications du transit, qui persistent, malgré un essai de régime sans lipide, amènent à pratiquer certains examens complémentaires.

- a - Une numération globulaire avec formule leucocytaire montre le 7 Octobre 1953 une anémie à 3.640.000 hématies, et une leucocytose à 4.600, avec 49% de polynucléaires (et 6% d'éosinophiles).
- b - Les protides sanguins sont à 70 g. par litre.
- c - L'examen coprologique d'une selle pâteuse homogène (Laboratoire du Docteur GOIFFON) le 9 Octobre 1953 peut se résumer ainsi :
 - poids sec : 19 g pour 100 g de selles;
 - fonctions gastriques : bonnes;
 - capacité intestinale de la digestion des aliments : insuffisante pour les graisses, cellulose digestible abondante.
 - fonctions motrices du colon : accélérées;
 - teneur en eau par rapport au syndrome moteur : proportionnelle (81%);
 - produits anormaux : néant;
 - orientation de la flore intestinale:
 - . acides organiques 17,2 cc.
 - . ammoniacques 3,6 cc.
 - . pH 6,8,
 - parasites : néant.

Conclusions du Docteur GOIFFON : "selle d'évacuation accélérée sans hypersécrétion; digestion insuffisante des graisses; putréfaction dominante; parasites non constatés. Le régime semble comprendre des graisses animales contenant beaucoup de stéarates, alors que les graisses végétales (oléates) sont de digestion plus facile. L'amidon ingéré ne semble pas très cuit. Enfin, l'abondance de la cellulose digestible contraste avec la pauvreté remarquable de la flore iodophile, et évoque la possibilité d'une diarrhée par antibiotiques avec dysmicrobisme".

Malgré la persistance de cette diarrhée, l'appétit continue d'être bon, la courbe de poids poursuit son ascension, passant de 43,750 Kg le 15 Septembre 1953 à 55,700 Kg le 16 janvier 1954.

Ainsi qu'il avait été initialement prévu, on réintervient le 20 Janvier 1954 afin de rétablir la continuité intestinale normale, ce qui est réalisé en supprimant l'iléotransversostomie, et en anastomosant en termino-latérale les deux extrémités iléales.

Dès le 23 Janvier 1954, l'opéré émet une selle moulée par jour.

En résumé, il s'agit donc d'une iléotransversostomie termino-latérale avec exclusion unilatérale, réalisée pour traiter une fistule de l'intestin grêle chez un blessé de l'abdomen de 24 ans. Elle a eu pour conséquences:

- a - des faits favorables: reprise d'un transit digestif compromis, reprise de l'appétit et du poids (15 Kg en 4 mois);
- b - des faits défavorables : malgré l'absence de douleur, une diarrhée importante, ayant persisté aussi longtemps que l'anastomose, caractérisée par l'émission de selles d'évacuation accélérée, par une digestion insuffisante des graisses, par un certain degré de dysmicrobisme dans la genèse duquel on pourrait incriminer un traitement oral par le Chloramphénicol; cependant, ce syndrome diarrhéique a cessé 3 jours après la suppression de l'anastomose.

Il reste donc à l'actif de cette iléotransversostomie temporaire (5 mois), d'avoir permis de réopérer ce malade en excellent état général pour l'acte chirurgical définitif.

Observation n° 13

(Service du Docteur MIALARET)

Monsieur CO..... Jules

Il s'agit là d'un homme de 83 ans, antérieurement opéré d'occlusion par abcès appendiculaire et qui est réopéré le 8 Janvier 1953 pour une fistule caecale importante, à l'anesthésie locale. Le compte-rendu opératoire mentionne :

" de nombreux voiles adhérentiels entre les anses, mais aussi des adhérences plus serrées. On commence à libérer les anses, mais on y renonce bientôt, car le grêle apparaît très adhérent dans le petit bassin et autour de la fistule caecale.... Vu l'impossibilité de libérer le grêle sans danger pour sa vitalité, l'état général du malade, on décide d'y renoncer. Vu l'impossibilité de repérer la dernière anse grêle, et le sens amont-aval des anses, on fait une iléotransversostomie latéro-latérale..."

Ce malade est décédé le 14 Janvier 1953 (6^{ème} jour).

Observation n° 14

(Service du Docteur MIALARET)

Monsieur NO... Emile.

Cet homme de 70 ans avait subi le 3 Février 1955 une caecostomie pour volvulus caecal dû à une bride (qui a été réséquée). La dérivation externe causant une importante dénutrition, on réintervient le 7 Mars 1955 et l'on fait une iléotransversostomie termino-latérale.

Ce malade est décédé le 9 Mars 1955 (2^{ème} jour).

Observation n° 15

(Service du Docteur MIALARET)

Madame RO..... Lucie.

Cette femme diabétique traitée depuis 3 ans, âgée de 68 ans, est opérée dans le Service du Docteur MIALARET le 20 juillet 1951 pour un abcès appendiculaire.

Une fistule pyostercorale s'étant fait jour dans les suites de cette première intervention, on est amené à réintervenir le 25 Octobre 1951, et l'on fait une iléotransversostomie termino-latérale.

Malgré cette intervention, la fistule ne se tarit pas, et la malade décède en Novembre 1951 dans un tableau d'acidose diabétique.

B - Résultats

- 1 - 3 décès post-opératoires (respectivement 6 jours, 2 jours, 1 mois après l'intervention) peuvent être attribués à l'acte opératoire.
Par conséquent, l'étude des suites post-opératoires sera faite sur 3 observations seulement.
- 2 - L'action sur l'affection ayant motivé l'anastomose (fistule stercorale) a été bénéfique avec effet retardé dans un cas, inefficace dans un cas.
- 3 - Une intervention ultérieure a été nécessaire dans les 3 cas: hémicolectomie droite dans 2 observations, respectivement 18 mois et 38 mois après l'iléotransversostomie (observations n° 10 et 11), et suppression de l'anastomose 5 mois après son établissement (observation n° 12); cette intervention a supprimé les troubles engendrés par le court-circuit dans les 3 cas.
- 4 - Sur le plan symptomatologique, on peut constater :
 - a - des signes fonctionnels :
 - modifications fécales: dans 2 cas, on constate l'émission de selles semi-liquides et fréquentes (1 à 4 selles par jour);
 - des douleurs de l'hypochondre droit sont notées une fois.
 - b - Des signes généraux :
Dans l'une des observations ils ne sont pas mentionnés; on constate dans un cas une nette amélioration de l'état général, avec en particulier une augmentation du poids de 15 Kg en 5 mois.
 - c - Des signes physiques : persistance de la fistule dans 2 cas (une fois entretenue par un segment iléal exclu : "blind pouch" des auteurs de la langue anglaise).
 - d - L'examen radiologique, mentionné une fois, a montré après ingestion de substance opaque, un bon fonctionnement de la bouche d'anastomose, une opacification très partielle du colon droit, et inexistante au niveau du termino-iléon (observation n° 12)

- e - Sur le plan biologique, des renseignements ne nous sont fournis que par une observation (n° 12); ils nous montrent :
- une anémie à 3.640.000 hématies, sans leucopénie;
 - des protides sanguins à 70 g °/°°;
 - et à l'analyse coprologique, une augmentation de la cellulose digestible, une digestion insuffisante des graisses, une teneur en eau proportionnelle au syndrome moteur, une augmentation des acides organiques (17,2 cc), une augmentation de l'ammoniaque (3,6 cc).

V - ILEOTRANSVERSOSTOMIE POUR INVAGINATION INTESTINALE AIGUE

Observation n° 16

(Service du Docteur MIALARET)

Monsieur AN.... Claude.

Ce garçon de 15 ans, hémophile connu, a constitué le 3 Septembre 1957 un syndrome abdominal aigu pour lequel il est hospitalisé le même jour dans le Service du Docteur MIALARET.

L'examen clinique révèle un boudin dans la fosse iliaque droite, et des hémorragies rectales de sang rouge. Devant la persistance de ce syndrome sous observation en milieu chirurgical, on est amené à pratiquer une intervention abdominale, précédée d'une exsanguinotransfusion.

Voici le compte-rendu de cette intervention :

" 100 cc de sang rouge dans l'abdomen. Dans la fosse iliaque droite, énorme caecum dont les parois sont infiltrées par un hématome; le grêle pénètre dans cette masse. A travers la paroi caecale, on sent ce qui pourrait être la tête d'un boudin d'invagination. On le refoule jusqu'à la valvule. Alors apparaît au niveau du grêle une zone ecchymotique à 3 cm de la valvule, alors que l'on voit parfaitement la continuité iléo-colique.

Il existe par ailleurs un hématome rétro-caecal qui remonte jusqu'à l'angle droit, étant donné le terrain, on ne pratique pas de résection iléo-colique malgré l'aspect du caecum. On se contente d'une anastomose iléo-transverse latéro-latérale (surjet) en excluant la zone caecale par deux mèches et un drain.

Malgré l'exanguinotransfusion, l'hémorragie est importante, et il existe par ailleurs deux hématomes spontanés du grêle".

Dans les suites opératoires, le problème hématologique domine les indications thérapeutiques: ce garçon subit 3 exsanguinotransfusions les 5, 9 et 13 Septembre 1957.

Sur le plan digestif, on a noté :

a - dans les suites opératoires immédiates :

- la reprise du transit intestinal le 6 Septembre 1957 (4 selles non sanglantes dans les 24 heures);
- le 10 Septembre, plusieurs selles diarrhéiques;
- le 12, présence de sang dans les selles.

Puis, le transit se normalise, et à partir du début Octobre, on note une selle quotidienne non sanglante.

(Sur le plan hématologique, la numération des hématies montre une tendance à l'anémie, 3.050.000 gR le 6 Septembre 1957, 3.940.000 gR le 7 octobre, sans leucopénie).

b - Dans les suites plus lointaines, on a constaté :

- en Septembre 1958: un épisode diarrhéique éphémère (peut-être attribuable à un traitement antibiotiques per os ?); une copro-culture pratiquée pendant la période diarrhéique montre l'absence de staphylocoque;
- quelques douleurs abdominales ont été notées au début de Mai 1958, parfois accompagnées de vomissements, mais sans trouble du transit, troubles pouvant s'expliquer par la présence d'un hématome du psoas;

- en Mars 1959 un très court épisode de constipation.
- c - Ce patient a été revu en Juin 1960:
 - son état est dominé par le problème hématologique (hématome du psoas ayant laissé une incapacité importante, arthrite hémophilique du genou);
 - il pèse 45 Kg pour 1,69 mètre (perte de 2 Kg en 3 ans;
 - son appétit est irrégulier, plutôt diminué;
 - il émet habituellement depuis l'intervention une selle normale quotidienne (mis à part les deux incidents de diarrhée et de constipation de très courte durée, déjà signalés);
 - Il ne vomit pas,
 - le régime alimentaire n'est absolument pas surveillé, et ce garçon ingère pratiquement tous les aliments;
 - aucun examen radiologique digestif, aucun examen coprologique n'a été pratiqué.

En résumé, il s'agit d'une iléotransversostomie latéro-latérale, sans aucune résection intestinale, pour invagination iléo-caecale chez un hémophile de 15 ans.

L'action de l'intervention a été bénéfique; ce malade n'a pas subi d'intervention ultérieure; et, après 3 ans, on peut constater un transit digestif habituellement normal, un amaigrissement de 2 Kg en 3 ans, un appétit irrégulier; quant à la tendance anémique, il faut pour l'interpréter, tenir compte du terrain hémophilique de ce malade.

VI - ILEOTRANSVERSOSTOMIE POUR ABCES APPENDICULAIRE

Observation n° I7

(Service du Docteur MIALARET)

Madame MA... Louise

Cette femme de 65 ans, en très mauvais état général, a été admise dans le service du Docteur MIALARET en avril 1953 pour une tuméfaction douloureuse de la fosse iliaque droite. La radiographie (lavement) montrait une image lacunaire du caeco-ascendant, et le diagnostic pré-opératoire hésitait entre un abcès d'origine appendiculaire, et un néoplasme colique droit infecté.

Voici un extrait du compte-rendu opératoire du 9 avril 1953:

" ... Le péritoine pariétal est soulevé par un abcès rétropéritonéal volumineux, englobant la face postérieure du caecum. On fait une iléotransversostomie latéro-latérale en 3 plans, points séparés. Par une contre-incision iliaque droite, on atteint, par voie rétropéritonéale, la poche qui donne issue à une quantité importante de pus fétide. Drainage..."

La patiente est décédée le 11 avril 1953 (2ème jour).

VII - JEJUNOTRANSVERSOSTOMIE POUR EVENTRATION ETRANGLEE,
AVEC RESECTION ETENDUE DU GRELE .

Observation n° 18

(Service du Docteur MIALARET)

Madame BO..... Rosario.

Cette femme obèse et hypertendue, âgée de 62 ans, avait été opérée en 1949 à l'Hôpital SAINT LOUIS pour une péritonite appendiculaire ; sa paroi musculaire s'était désunie dans les suites précoces de cette première intervention.

Supportant tant bien que mal son poids de près de 100 Kg, et son éventration iliaque droite, elle a présenté des épisodes douloureux subocclusifs pendant une dizaine d'années.

Elle est hospitalisée d'urgence pour éventration étranglée le 9 Mars 1959 dans le Service du Docteur MIALARET. Elle est opéré d'urgence, et voici un extrait du compte rendu de l'intervention :

" Eventration sur MacBurney, étranglée depuis 2 heures, masse herniée de la taille d'un gros melon (...); l'ouverture du sac donne issue à un liquide sanglant et fétide, et à 8 anses, complètement sphacélées; en outre, 3 anses intra-abdominales sont complètement sphacélées. Il s'agit de la moitié du jéjunum et de tout l'iléon jusqu'à la valvule iléo-caecale.

Résection du grêle, valvule de BAUHIN comprise. Fermeture du caecum en deux plans. Anastomose termino-latérale jéjuno-colique transverse (...). Cure de l'éventration (...). Le grêle restant est mesuré avec précision : il en reste 1,50 mètre".

Suites opératoires :

Dès le 16 Mars 1959 s'installe une diarrhée importante, qui, après une atténuation très temporaire le 20 Mars, s'extériorise définitivement.

Un examen radiologique par transit de l'intestin grêle montre que le début de l'opacification colique se fait 2 heures 15 après ingestion; en outre, quelques images dystoniques du jéjunum; un peu de baryte encadre un fécalome du caeco-ascendant.

La courbe de poids marque un fléchissement net: 73,5 Kg le 2 Avril 1959; 69,5 Kg le 19 Juin 1959.

15 mois après l'intervention, aucun signe gastro-oesophagien, aucune douleur abdominale ne sont signalés.

L'appétit est excellent: cette femme prend 3 à 4 repas par jour, mais ne semble pas tolérer parfaitement les fruits crus, ni le beurre. Elle a encore maigri -(67 Kg en Juin 1960).

Elle émet régulièrement 10 selles par 24 heures (dont 2 vers la fin de la nuit); les selles sont fécales, liquides, fétides, partiellement décolorées; des flatulences fétides les accompagnent; elles surviennent de façon impérieuse dans la période post-prandiale.

En résumé, il s'agit d'une jéjuno-transversostomie pour éventration étranglée, avec résection du grêle chez une femme obèse et hypertendue de 62 ans; cette malade maigrit malgré un excellent appétit, elle émet 10 selles fécales liquides par 24 heures.

VIII - REFLEXIONS SUR NOS 17 OBSERVATIONS D'ILEOTRANSVERSOS-TOMIES.

Nous avons déjà signalé dans notre introduction que ces observations étaient issues de sources différentes.

A - Il nous sera malgré tout possible d'avoir un aperçu de la fréquence avec laquelle cette intervention est pratiquée, en précisant le résultat de nos investigations dans un seul Service, celui de notre Maître le Docteur MIALARET.

Nous avons, en effet, pu y consulter tous les compte-rendus opératoires depuis 1949 jusqu'en Juin 1960.

Après avoir écarté les interventions palliatives (pour tumeur ou hémopathies malignes à localisations caecale ou colique droite, pour carcinose péritonéale), nous avons retenu :

1 - la création d'une iléotransversostomie sans résection colique chez 9 malades.

a - Parmi ces 9 opérés, 4 sont décédés assez rapidement :

- un homme de 83 ans, ayant subi une iléotransversostomie pour une fistule caecale post-appendiculaire, est décédé le sixième jour après l'intervention (observation n° I4),
- un homme de 70 ans, réopéré pour qu'une entéro-anastomose puisse entraver la dénutrition que provoquait une caecostomie (établie pour traiter une occlusion caecale par bride). Ce malade est décédé le deuxième jour après l'intervention (observation n° I5).
- une femme diabétique de 68 ans, dont la dérivation avait été créée pour fistule caecale post-appendiculaire, est décédée un mois après l'intervention (observation n° I6).
- une femme de 65 ans, opérée pour abcès rétro-péritonéal d'origine appendiculaire, est décédée le deuxième jour après l'établissement de l'iléotransversostomie (observation n18).

b - Sur les 5 opérés restants, 2 ont dû subir une intervention chirurgicale complémentaire ultérieure :

- un jeune homme de 16 ans, iléotransversostomisé pour un syndrome occlusif secondaire à une appendicite négligée, a vu son anastomose supprimée au bout de 8 mois (cette suppression était envisagée dès la première intervention).
- un homme jeune de 24 ans, porteur d'une fistule du grêle après plaie abdominale par balle, a vu son anastomose supprimée au bout de 5 mois (observation n° 12).

c - Il nous reste donc les observations de 3 malades dont l'une a été perdue de vue (observation n° 9).

2 - La suppression de l'iléotransversostomie créée ailleurs, ou le complément du traitement par un acte chirurgical plus complet, ont été effectués chez cinq malades :

- sur ce nombre, on relève une iléotransversostomie conservée 16 ans, pour une tuberculose iléo-caecale (observation n° 7);
- dans les quatre autres cas, l'anastomose de dérivation avait été établie pour un accident occlusif post-opératoire (deux malades des observations n° 2 et 3), ou pour fistule post-opératoire (Deux malades, des observations n° 10 et 11).

3 - Cette récapitulation nous permet de formuler quelques réflexions:

- a - L'iléotransversostomie semble avoir un nombre restreint d'indications, 9 ont été créées en 11 ans;
- b - C'est une "intervention de sauvetage", car dans les 9 cas, elle a été pratiquée chez des malades en très mauvais état: âgés, ou tarés (diabète, hémophilie), ou dénutris;
- c - Cette "intervention de sauvetage" n'est pas toujours suivie de succès car on relève, sur les 9 cas, 3 décès post-opératoires précoces, 1 décès 30 jours après, chez une diabétique (peut-on accuser la dérivation d'avoir entraîné une poussée d'acidose ?)
- d - Même suivie de succès immédiat, cette intervention offre certains inconvénients à plus longue échéance, qui peuvent exiger soit la suppression de l'anastomose (4 cas), soit un acte chirurgical complémentaire (3 cas).

Par conséquent, si nous retenons sur ces 15 malades les 10 qui ont pu être suivis suffisamment longtemps, nous constatons que 3 d'entre eux seulement ont conservé l'état anatomique créé par l'iléotransversostomie initiale, sans résection colique (observations n° 8, 9, 16).

B - Examinons maintenant les troubles symptomatiques constatés après iléotransversostomie. Nous pouvons noter dans les 12 observations que nous avons retenues :

1 - des signes fonctionnels .

- a - Des anomalies fécales : 8 fois, le nombre des émissions est supérieur à 2 par jour; les selles sont liquides ou semi-liquides 7 fois, mal moulées ou pâteuses dans 2 cas;
- b - Des douleurs abdominales sont signalées 6 fois : dans 3 cas elles sont post-prandiales, dans 3 cas elles siègent au niveau de la zone **anastomotique**.
- c - Des vomissements sont notés dans 2 observations ;
- d - Eructations et brûlures oesophagiennes sont remarquées chacune une fois.

2 - Des signes généraux.

- a - Une augmentation du poids est mentionnée 5 fois, un amaigrissement 2 fois;
- b - on note 2 fois de l'asthénie.

3 - Du ballonnement est signalé 2 fois.

4 - L'examen radiologique par transit permet de constater la mise hors circuit du colon droit dans 3 cas (observations n° 2, 5 et 12)

5 - Sur le plan biologique :

- a - une anémie (sans caractère particulier) est notée 4 fois; on ne constate jamais de leucopénie;
- b - une diminution des protéines plasmatiques est notable une fois;

- c - l'hypocalcémie est signalée une fois, à 62 mg par litre
(et accompagnée de manifestations cliniques de tétanie);
- d - la diminution du potassium sanguin (180 mg par litre) existe
dans cette même observation (n°2)

- 6 - L'étude coprologique n'a été complète que 2 fois, incomplète dans
deux autres observations; elle nous permet de noter :
 - dans 2 cas une augmentation de la teneur en eau, et une augmentation
des acides organiques;
 - dans une observation, une mauvaise digestion des graisses, et
de la cellulose digestible.

Si nous envisageons dans ces 17 observations d'iléotransversostomies
l'attitude adoptée vis à vis de l'anse iléale distale, nous nous apercevons
que :

- dans 9 cas, il n'y a eu ni section ni résection de l'iléon;
- dans 6 cas, on a pratiqué une résection iléale (observations n° 7,
8, 9, 10, 11, 12);
- dans 2 cas, on a exclus l'anse iléale distale (observations n° 5
et 15).

TABLEAU SUR NOS OBSERVATIONS - (1)

[illegible]

[illegible]

(II)

TABLEAU SUR NOS OBSERVATIONS

N° des observations	1	2	3	4	5	6	7	8	10	11	12	16
Natrémie (g. par litre)		3 15										
Chlorémie (g. par litre)		3,60										
Kaliémie (mg. par litre)		180.										
Réserve alcaline (vol.)		60.										
Calcémie (mg. par litre)		62										
Glycémie (g. par litre)		0,85										
Examen des selles												
Acides organiques (cc)			17,0	12,0							17 2	
Ammoniaque (cc)			1	3,2							3 6	
pH				6,8							6 8	
Parasites		0	0	oeufs d'as- caris		0	0				0	
Teneur en eau		augm.		augm.							Nle (81%)	
Sang												
Stéatorrhée												
Germes pathogènes			0	0		0	0				0	0

4 ème CHAPITRE

NOTES

SUR LES OBSERVATIONS DE QUELQUES AUTRES INTERVENTIONS
CHIRURGICALES SUR L'INTESTIN ET LE COLON RELEVÉES
DANS LA LITTÉRATURE MÉDICALE

=====

Certes, les iléotransversostomies ne sont pas les seules interventions intestinales à être parfois suivies de complications. Nous avons pensé que, comme point de comparaison, il pouvait être intéressant de noter quelques unes des observations de ces troubles post-opératoires, signalés après diverses formes d'entéro-anastomoses, de résections coliques, ou grêles. C'est dans cette intention que nous avons relevé 232 observations d'anastomoses autres que des iléotransversostomies, et de résections variées.

A - Tout d'abord, nous tenons à dire que sur la totalité des différentes -----
entéro-anastomoses pratiquées pour des raisons diverses, 84, de siège non précisé, n'ont pas été suivies de symptôme anormal.

A ces 84 observations s'ajoutent celles de 7 iléocolostomies de siège non précisé; 17 iléotransversostomies avec résection colique plus ou moins étendue, du caecum au colon transverse; 1 iléo-caecostomie; 5 anastomoses de l'iléon au colon ascendant; 6 iléo-sigmoïdestomies; 1 anastomose colocolique (transverso-sigmoïdienne); 11 anastomoses entre deux anses grêles (de siège non précisé); une anastomose jéjuno-iléale; soit au total 133 anastomoses diverses non compliquées.

Là encore, nous n'avons pas la prétention d'avoir relevé toutes les observations d'entéro-anastomoses non compliquées: tel n'était pas

l'objet de ce travail, et notre exposé est forcément très incomplet.

B - Sur les observations relatant des troubles post-opératoires après

anastomoses intestinales, nous avons noté les observations suivantes :

1 - En cas d'iléocolostomies, de siège non précisé, 24 observations.

AIMES - (1920)

Obs. n° 48 (1) "Femme, 28 ans; légère diarrhée; ballonnement.

Occlusion brusque, vomissements alimentaires. Diagnostic : sténose du grêle. Laparotomie: bride fibreuse, météorisme, granulations abondantes. Anastomose iléo-colique, Mort par aggravation progressive".

PAUCHET - (1922)

Occlusion intestinale aiguë 15 jours après hystérectomie.

Anastomose iléo-colique latérale au jugé le 21 Mai 1919.

Suites :

- a - pendant 1 mois, suites parfaites : fonctions intestinales normales
appétit presque excessif, engraissement rapide.
- b - puis, symptômes anormaux :
 - 12 à 15 selles liquides par jour, acides, glaireuses, irritantes.
 - douleurs abdominales, hémorragies intestinales pendant 6 mois, météorisme;
 - asthénie, amaigrissement;
 - examens radiologiques (lavement baryté et transit): dilatation gazeuse de tout l'intestin grêle et de tout le gros intestin; stase caecale; colon rétréci au niveau de l'anastomose; dilatation des colons descendant et transverse;
 - recto-sigmoïdoscopie: ulcérations immédiatement au-dessus de l'ampoule rectale.
- c - suppression de l'anastomose 21 mois après sa création (28 février 1921)
Guérison : un an après, on constate une augmentation de poids de 12 Kg, une légère tendance à la constipation, et à la rectoscopie une muqueuse normale.

CROHN et Collaborateurs - (1932)

" Dans un cas, une iléocolostomie a été pratiquée au niveau d'un segment iléal apparemment normal au moment de l'intervention. Le processus pathologique ne s'arrête pas; au contraire, la maladie s'est étendue au segment proximal de l'anastomose".

BROWN et DAFFNER (1958)

Sur 100 malades, 65 ont été opérés (pour maladie de CROHN).
Parmi ces 65, 14 ont subi une iléocolostomie avec exclusion,
7, une iléocolostomie sans exclusion.

Résultats :

- 2 mauvais résultats après iléocolostomie avec exclusion;
- 2 mauvais résultats après iléocolostomie sans exclusion;
- récidives : 10 cas sur 14 avec exclusion;
6 sur 7 sans exclusion.

2 - Après résection colique plus ou moins étendue, avec iléotransversostomie, nous avons noté les observations des auteurs suivants :

INGEBRIGTSEN - (1920)

Obs. n° 7 . Résection iléo-caecale pour volvulus. Anastomose iléo-transverse. Suites: occlusions récidivantes, nécessitant au total 4 interventions pour obtenir la guérison.

PICKHARDT - (1933)

Hémi-colectomie droite en deux temps en Mars 1923.

Suites : en 1933, une à deux selles par jour : le cul de sac iléal de l'anse anastomosée en latéro-latérale au transverse, a formé une poche égale au double du cul de sac colique, qui, lui, n'a que peu augmenté.

BLACK et Mc EACHERN - (1948)

Complications de l'exclusion intestinale dans 3 anastomoses iléo-transverses latéro-latérales après hémi-colectomie droite pour entérite régionale (observation n° 1, 4, 5).

HEIFETZ et SENTURIA - (1950)

Dilatation du cul de sac intestinal juxta-anastomotique après anastomose latéro-latérale :

Obs. n° 4: hémi-colectomie droite; anastomose iléotransverse 8 mois auparavant; occlusion partielle due à la poche; diarrhée.

Obs. n° 7 : hémi-colectomie droite; anastomose iléotransverse latéro-latérale; poche asymptomatique 18 ans après.

Obs. n° 8 : même intervention : poche asymptomatique 3 ans après.

Dans ces 3 cas, les troubles sont plus ou moins nets : nausées, météorisme, épisodes diarrhéiques périodiques, asthénie, incapacité à prendre du poids.

BUSSON et Collaborateurs - (1958)

Dans 20 Observations sur 36, d'hémi-colectomies droites, ces auteurs constatent :

- souvent ou toujours, selles liquides (2 à 4 par jour), et épisodes de grande diarrhée après écarts de régime ;
- dans 5 cas: aérocolie chronique, douleurs intermittentes, fatigabilité, asthénie, poids inférieur à la normale;

- coprologie : les selles sont macroscopiquement normales dans 5 cas (sur 10 examens pratiqués); le transit est accéléré dans 2 cas; dans 5 cas on note un transit normal ou peu accéléré, une augmentation de la teneur en eau, de la cellulose digestible en abondance, l'absence d'amidon et de bilirubine, une flore iodophile absente ou très pauvre.

3 - Sur 5 observations d'iléocaecostomie, 4 ont eu des suites anormales:

MAISONNEUVE - (1854)

Deux observations d'anastomoses de l'intestin grêle avec le caecum pour "étranglement interne".

Suites : lâchage de sutures ; décès.

COUINAUD et PERES - (1957)

Obs. n° 2. Résection du grêle terminal pour volvulus du grêle.

Fermeture du bout distal du grêle au niveau de l'angle iléo-caecal (il ne reste pas de cul de sac sur le grêle). Continuité rétablie par implantation iléo-caecale termino-latérale à 8 cm au-dessus du bas-fond caecal.

Suites : 4 à 5 selles par jour, à prédominance matinale.

Mc EACHERN et Collaborateurs (1957)

Garçon noir de 7 ans, qui a subi 2 ans auparavant une anastomose latéro-latérale iléo-caecale à la suite d'une invagination intestinale. ayant nécessité une résection (anse gangrénée).

Suites :

- douleurs abdominales, vomissements, distension abdominale;
- anorexie, retard de développement;
- anémie;

tous, troubles attribuables à une dilatation du cul de sac grêle: la suppression de l'anastomose, la résection de la poche, une anastomose termino-terminale iléo-caecale amènent la guérison.

4 - Sur 10 anastomoses entre l'iléon et le colon ascendant, 5 ont eu des suites anormales.

ESTES et HOLM - (1932)

Obs. n° 4. Anastomose latéro-latérale de l'iléon au colon ascendant, après résection d'une anse volvulée (diverticule de MECKEL) cette intervention laisse un cul de sac iléal de 4 pouces (10 cm).

Suites : diarrhée (6 selles liquides par jour), douleurs.

Réintervention : le cul de sac, dilaté, est devenu une poche qui occupe la moitié de l'abdomen. Après la résection de cette poche, de la diarrhée persiste plusieurs semaines. L'état général est parfait 15 mois après la seconde intervention.

GOULLIoud - (1932) (1)

(Observation n° 19 de la Thèse de LE BOEUF)

Anastomose de l'iléon au colon ascendant;

16 mois plus tard, tendance à la diarrhée.

ESTES - (1937)

Obs. n° 1. Occlusion intestinale aiguë en Novembre 1928 (MECKEL) chez un garçon de 16 ans. Résection de l'anse occluse, enlevant le diverticule de MECKEL.

Anastomose latéro-latérale entre l'iléon (à 10 cm en amont de la zone de résection) et le colon ascendant.

Suites : au bout de 3 semaines, l'état général périclité, et l'on note de la diarrhée, des vomissements, des douleurs abdominales.

Réintervention : l'anse distale est distendue et allongée; on fait donc en Janvier 1929 une iléo-iléostomie; celle-ci est insuffisante pour combattre les troubles. Aussi, en Janvier 1930, résèque-t-on l'anse borgne, ce qui entraîne la guérison.

Obs. n° 3. Syndrome fonctionnel et général d'origine digestive chez une femme de 45 ans, ayant subi, pour occlusion post-opératoire, une anastomose de l'iléon au colon ascendant. Dilatation du cul de sac iléal, dont seule la résection amène la disparition des troubles constatés.

POSEY et BARGEN - (1948)

Obs. n° 2. Ablation de 90 cm d'iléon terminal, de 20 cm de colon ascendant, du caecum, de l'appendice, pour maladie de CROHN.

Iléo-colostomie latéro-latérale.

Suites :

- diarrhée, 5 à 6 selles par jour;
- pâleur, oedèmes;
- stéatorrhée;
- diminution de la calcémie;
- hypoprothrombinémie, hypoprotidémie;
- anémie hypochrome.

Pas de réintervention signalée.

5 - Voici 2 observations de complications post opératoires après iléosigmoïdostomie.

GALLOWAY et MAC LEOD - (1957) (2)

Iléosigmoïdostomies comme traitement complémentaire de 6 malades atteints de fistule gastro-jéuno-colique.

Deux malades durent subir secondairement la fermeture de l'anastomose en raison de la récurrence de l'ulcère peptique.

(1) in Lyon Chirurgical, 1932, p. 693 - 701 (cité par LE BOEUF)

(2) "Essai d'iléosigmoïdostomie dans le traitement des fistules gastro-jéuno-colique". Surg., Gyn., and Obst., Vol. 105, 5, Nov. 1957, p. 545-557.

6 - Voici une jéjuno-caecostomie et ses suites.

TRAFFORD (1956)

Obs. n° 2 - Maladie de CROHN chez un homme de 51 ans: résection de 93% de l'intestin grêle, anastomose jéjuno-caecale.

Suites : 2 à 6 selles semi-liquides par jour; anémie, amaigrissement (le poids est de 66 Kg)

Traitement : fer, acide folique, transfusions.

7 - Anastomoses entre le jéjunum et le colon ascendant

DUNCOMBE - (1928)

Occlusion post-opératoire (par adhérences). Anastomose entre le jéjunum et le colon ascendant.

Suites : diarrhée 5 à 6 selles liquides par jour.

LITTLE et Collaborateurs - (1929)

Observation d'un homme, opéré à 20 ans (appendicectomie) puis en 1921 et 1923 pour occlusions (à chacune de ces interventions, on fait une anastomose de dérivation: l'une jéjuno-iléale, l'autre jéjuno-colique droite).

Suites : depuis 1923, troubles nets

- épisodes de crampes périodiques, habituellement suivies de diarrhée; parfois, vomissements.
 - perte de poids, asthénie; anémie (mais présence d'Hcl au tubage gastrique).
 - radio et intervention permettent de constater la mise hors circuit de la plus grande partie du grêle; l'anastomose jéjuno-iléale est située en aval de l'anastomose jéjuno-transverse, proche d'elle.
- Suppression des deux anastomoses, et traitement par le foie.

8 - Anastomoses jéjuno-transverses

a - Sans résection étendue du grêle

RICHARDSON - (1946)

Homme de 20 ans. Abscessus appendiculaire opéré en JUILLET 1938. Occlusion post-opératoire le 7^e jour, Jéjuno-transversostomie.

Suites : 7 jours après, apparition d'une fistule stercorale, qui se tarit après 2 mois.

Des troubles sont notés jusqu'en février 1944 :

- diarrhée, douleurs de la fosse iliaque droite, vomissements,
- anorexie, amaigrissement (poids inférieur à 65 Kg); pâleur;
- glossite superficielle; pas d'anomalie des phanères, pas d'oedème; pas de signe neurologique.
- à l'examen radiologique on constate que l'anastomose est haut placée sur le jéjunum.
- sur le plan biologique :
 - . anémie hyperchrome à 1.680.000 gR (sans leucopénie);
 - . calcémie à 84 mg % (4,2 mEq);
 - . acidité libre au tubage gastrique.

Après réanimation intense (extrait de foie , transfusions), suppression de l'anastomose le 2 février 1944. On note ensuite une prise de 10 Kg en 10 mois (76,2 Kg le 18 Décembre 1944), tandis que le chiffre des hématies remonte à 5.160.000 en décembre 1944.

POSEY et BARGEN - (1948)

Obs. n° 6 - Jéjuno-colostomie pour iléite régionale.

Suites : perte de poids , anémie.

Réintervention : iléotransversostomie (suivie au bout d'un an de l'apparition d'un syndrome "sprue").

BOMPART - (1952)

Obs. n° 8. Anastomose haute sur le grêle (jéjuno-colostomie).

Suites :

- 5 selles par jour;
- amaigrissement de 15 Kg;
- déshydratation;
- mal de Pott installé sur ce terrain débilité.

CHRISTOPHER

Occlusion après appendicectomie (8 mois après l'intervention).

Erreur de localisation de l'anastomose de dérivation: jéjuno-transverse au lieu d'être iléotransverse.

Suites :

- météorisme, flatulences, eructations post-prandiales, diarrhée constante, fétidité de l'haleine,
- appétit très augmenté, amaigrissement important, pâleur marquée.
- anémie à 1.890.000 gR, avec 5.300 gB

Réintervention : on défait l'anastomose, ce qui entraîne la guérison.

COUAILLIER - (1945)

Occlusion chez une femme de 50 ans, opérée d'appendicectomie plusieurs années auparavant.

Erreur de localisation de l'anastomose : jéjuno-transversostomie.

Suites :

- stomatite et oesophagite;
- diarrhée produe (10 à 15 selles par jour); dénutrition;
- douleurs sous-hépatiques (éthylisme: "dégénérescence graisseuse" du foie à l'examen anatomique);
- décès un mois après.

FERRY - (1958)

Occlusion 5 jours après appendicectomie pour péritonite purulente généralisée chez un garçon de 14 ans.

Anastomose de dérivation; erreur de localisation (jéjuno-transversostomie).

Suites :

- diarrhée rebelle;
- retard de croissance;
- anémie à 2.000.000 de gR, 4 ans plus tard.

Réintervention : séparation et suture des deux organes.

La suppression de l'anastomose a amené la guérison.

b - Jéjuno-transversostomies après résection étendue du grêle.

COSH- (1944)

Résection étendue du grêle (pour infarctus mésentérique) avec hémicolectomie droite; restent 90 cm de jéjunum. Anastomose latéro-latérale jéjuno- transverse.

Suites : survie un an.

- crises de tétanie: calcémie à 72 mg % (=3,8 mEq);
- achlorhydrie complète, histaminorésistante, au tubage gastrique.
- numération globulaire normale.

KIEFER et ARNOLD - (1950)

Obs. n° 12 - Maladie de CROHN

Court-circuit jéjuno-transverse : peu de résultat;
résection jéjuno-iliéale distale (reste 60 cm de grêle)

Suites : 21 mois après, sont signalées anémie, hypocalcémie, hypoprotidémie, stéatorrhée.

Décès par hépatite post-transfusionnelle.

TRAFFORD - (1956)

Obs. n° 1, Maladie de CROHN chez un homme jeune; plusieurs interventions sont pratiquées.

A la dernière de ces interventions, on ne conserve que les 80 premiers centimètres du jéjunum; la fin de ce segment est implantée en termino-latérale dans le tiers moyen du colon transverse.

Suites :

- au bout de quelques mois, anémie, amaigrissement;
- au bout de 4 ans, le poids est de 70 Kgs, l'état humoral est normal, le malade émet 4 selles par jour; mais la courbe de tolérance au glucose s'élève rapidement, et on constate une élimination abondante de graisses dans les fèces.

ROBIESEK - (1956)

Homme de 29 ans. Etranglement, dans une brèche mésentérique, de tout l'iléon et d'une grande partie du jéjunum; résection; restent 60 cm de jéjunum. Anastomose jéjuno-transverse.

Suites : 10 mois après l'intervention, on note :

- selles molles plusieurs fois par jour, contenant des fibres musculaires et des éléments cornés;
- la glycémie est à 1.010 mg %;
- acidité gastrique normale.

BEZES et ZINSOU - (1958)

Africain opéré le 6 Mars 1957 pour hernie inguinale étranglée : résection de 7,20 mètres de grêle et de 0,20 mètre de caeco-colon.

Anastomose latéro-latérale iléo-colique (reste 1,50 mètre de jéjunum)

Suites :

- a - un mois après l'intervention, examen radiologique du grêle par transit : l'anastomose est atteinte à la 60° minute; le colon gauche est rempli par la baryte à la 90° minute.

- b - deux mois après l'intervention :

- le malade émet deux selles quotidiennes; de temps à autre selles diarrhéiques;

- son poids le 11 Mars 1957 était de 63 Kg, 2 mois après il est de 69 kg 200;
- sur le plan biologique, on note une anémie discrète à 4.180.000 gR, avec 10.200 gB; la natrémie est de 150 mEq par litre; la kaliémie de 4,6 mEq par litre; les protides sont à 70 g par litre; la calcémie un peu abaissée à 85 mg.
- c - 10 mois après l'intervention :
 - émission quotidienne de une à 2 selles molles, avec nombreux débris végétaux; pas de diarrhée;
 - le poids est déficitaire : 58,6 Kg;
 - biologiquement: anémie à 3.680.000 gR, avec 8.120 gB; natrémie : 139 mEq par litre; kaliémie : 4,3 mEq par litre; protides: 62,8 g par litre; glycémie : 0,80 °/°°; la calcémie est nettement abaissée à 75 mg (3,75 mEq).

9 - Anastomose entre anses grêles

- a - Voici 8 observations d'anastomoses entre anses grêles, de siège non précisé.

BOECKEL - (1911)

Occlusion six semaines après une appendicite perforée drainée.
Anastomose entre deux anses grêles.
Volvulus 2 ans 1/2 après (élongation de l'anastomose).

OKINCZYK - (1920)

Obs. n° 2. Occlusion du grêle par adhérences inflammatoires.
Anastomose latéro-latérale entre 2 anses grêles.
Occlusion secondaire par bride, que l'on doit réséquer.

OKINCZYK - (1923)

Occlusion intestinale après pelvi-péritonite.
Anastomose entre 2 anses grêles. 2 ans après, occlusion: "étranglement d'un segment notable de l'intestin grêle sous le pont formé par l'anastomose pratiquée 2 ans auparavant"
La guérison est obtenue par suppression de l'anastomose.

IRWIN et Mc DONALD - (1932)

Obs. n° 1. Un cas d'entérite phlegmonneuse localisée: anastomose entre deux anses grêles. Décès 20 heures après.

CLAWSON - (1953)

Entéro-anastomose latéro-latérale entre deux anses grêles pour hémangiome intestinal.
Vu à l'âge de 14 ans : troubles dus à la dilatation du cul de sac juxta-anastomotique (douleurs abdominales, épisodes de diarrhée, asthénie).
Guérison après résection et anastomose termino-terminale.

BROWN et DAFFNER - (1958)

Sur 100 malades atteints de maladie de CROHN, l'un a subi une anastomose entre deux anses grêles. Décès post-opératoire.

b - Voici une observation d'anastomose jéjuno-jéjunale.

BLACK et Mc EACHERN - (1948)

Obs. n° 2. Complication de l'exclusion intestinale après une anastomose jéjuno-jéjunale latéro-latérale pour infarctus du grêle.

c - Voici une observation d'anastomose jéjuno-iléale :

URMY et Collaborateurs - (1934)

Occlusion post-appendiculaire. Anastomose entre le milieu du jéjunum et le termino-iléon.

Suites :

- boulimie, stéatorrhée, amaigrissement de 20 Kg
- langue rouge et atrophique; hypotension artérielle; polynévrite.
- anémie à 3.700.000 gR

Ce syndrome évoquant un béri-béri, est traité par suppression de l'anastomose au bout de 3 ans.

d - Anastomoses iléo-iléales

MEULENGRACHT - (1922)

Malade ayant subi à 5 ans d'intervalle deux anastomoses iléo-iléales pour sténoses intestinales.

Anémie grave. Décès 12 heures après la 2ème intervention.

ESTES - (1937)

Obs. n° 5. Femme de 30 ans; anastomose entre 2 anses iléales pour occlusion post-opératoire (adhérences).

Suites :

- diarrhée, douleurs abdominales, borborygmes creux;
- ondulations péristaltiques; atteinte de l'état général;
- dilatation de l'anse enserrée;
- une résection secondaire est nécessaire pour obtenir la guérison.

BLACK et Mc EACHERN - (1948)

Obs. n° 3. Occlusion post-appendiculaire ; anastomose iléo-iléale; complications dues à l'anse occluse.

CAMERON et Collaborateurs - (1949)

Femme de 42 ans. Anastomose iléo-iléale latéro-latérale sans résection, pour iléite régionale en 1938,

Suites :

a - en 1939, anémie hyperchrome (1.690.000 gR); traitement: extrait de foie;

b - en 1943, anémie à 2.630.000 gR, avec 1,6% de réticulocytes: leucopénie à 3.200; acidité libre présente au tubage gastrique.

Réintervention: résection de 0,70 mètre d'iléon (enlevant l'anastomose); amélioration nette.

Nouvelle récurrence de quelques troubles : amaigrissement de 10 kg en 6 mois; et à la radio, aspect dilaté de la dernière anse grêle.

HEIFETZ et SENTURIA - (1950)

4 observations, après anastomose iléo-iléale (n° 1, 2, 5, 6), de dilatation du cul de sac intestinal juxta-anastomotique.

Suites :

Obs. n° 1 : diarrhée, puis perforation de la paroi de la poche dilatée 10 ans après, après occlusion partielle due à la poche;

Obs. n° 2 : anémie macrocytaire constatée 8 ans après l'anastomose;

Obs. n° 5 : occlusion partielle due à la poche;

Obs. n° 6 : poche asymptomatique 7 ans après.

C - Notons enfin 5 observations où une résection étendue du grêle

a été pratiquée, mais où le siège de l'anastomose établie pour réaliser la continuité digestive, n'a pas été précisé.

BOTHE et Collaborateurs - (1954)

Homme de 56 ans. Résection de tout le grêle moins 1 mètre.

Suites :

a - nombre des selles : au début, 10 à 12 par jour; après 3 mois, 3 à 6 par jour; après 4 ans, 3 à 4 par jour.

b - état après 4 ans.

- gain de poids; ni anémie, ni hypocalcémie;

- taux des protides un peu diminué;

- augmentation de l'excrétion des graisses fécales (I5, 3 g par 24 heures).

Il est à signaler que se produisent des symptômes particuliers chaque fois qu'une infection ou un fait quelconque sortent le malade de sa "routine" journalière: chute de poids rapide, augmentation du nombre de selles (jusqu'à I5 ou I6).

HARTMAN - (1957)

a - deux bébés, l'un de 3 mois l'autre de I4 mois, subissent une résection étendue du grêle : 60% du grêle pour hémangiome diffus chez l'un, 75 à 80% pour volvulus sur bride chez l'autre.

Suites : après un an, 2 à 3 selles par jour, poids et développement normaux, transit accéléré à l'examen radiologique; leurs examens biologiques montrent des résultats voisins de la normale.

b - Résection étendue du grêle chez 2 nourrissons (3 semaines et 2 jours): survie de quelques semaines.

D - Essayons maintenant de grouper les complications et les symptômes observés

1 - Dans un premier ordre de faits, nous envisagerons toutes les anastomoses et interventions que nous venons d'énumérer, sauf les

hémicolectomies droites, les anastomoses jéjuno-transverses, et les résections étendues du grêle.

Dans ce premier groupe de 54 observations, nous constatons a - 6 décès post-opératoires (AIMES; MAISONNEUVE; IRWIN et Mc DONALD; BROWN et DAFFNER; MEULENGRACHT).

b - L'action de l'anastomose sur le syndrome ayant nécessité sa création a été défavorable ou inefficace dans 7 cas.

c - Une ou plusieurs interventions chirurgicales ont été rendues nécessaires par une complication ultérieure, ou par la présence même de l'anastomose, dans 15 cas :

- la suppression de l'anastomose intestinale a été nécessaire et suffisante pour la correction des troubles dans 10 cas;

- dans les autres observations, on a dû réintervenir, en raison d'un volvulus par élongation de l'anastomose (BOECKEL), d'une occlusion secondaire par bride (OKINCZYK), d'un étranglement interne sous l'anastomose (OKINCZYK), d'une occlusion due à la dilatation d'un cul de sac juxta-anastomotique, développé aux dépens de l'anse anastomosée (HEIFETZ et SENTURIA), d'une perforation d'un même cul de sac dilaté (HEIFETZ et SENTURIA).

d - Sur le plan symptomatologique, nous avons pu constater :

1 - Signes fonctionnels.

- Des modifications fécales sont signalées dans 11 observations: le plus souvent liquides ou semi-liquides, dans la plupart des cas cités, les selles sont émises au nombre de 3 à 6 en moyenne, parfois beaucoup plus (12 à 15 dans l'observation de PAUCHET);

- Des douleurs abdominales sont mentionnées 7 fois;

- Une aéro-colie (avec "borborygmes creux") est constatée une fois ;

- du météorisme est noté dans un cas,

- des vomissements dans 3 cas;

- un syndrome occlusif, une fois.

2 - Signes généraux

- L'asthénie a été constatée 3 fois;
- L'amaigrissement (ou l'incapacité à prendre du poids) 3 fois (jusqu'à 20 Kg dans l'observation de URMY et Collaborateurs).
- un déclin de l'état général est noté 3 fois,
- un retard de développement 2 fois;
- anorexie, pâleur, boulimie sont signalées chacune une fois.

3 - Signes physiques et constatations opératoires.

- L'existence d'une anse intestinale occluse expliquant les troubles constatés a été contrôlée 2 fois;
- une dilatation du cul de sac (de l'anse juxta-anastomotique) est signalée 12 fois: cette dilatation est asymptomatique dans 1 cas, elle se manifeste par des symptômes évocateurs 7 fois;
- des ondulations péristaltiques ont été constatées une fois;
- il en est de même pour l'aspect rouge et atrophique de la langue,
- les oedèmes des membres inférieurs,
- l'hypotension artérielle,
- un syndrome polynévritique,
- des ulcérations sigmoïdiennes vues à la recto-sigmoïdoscopie.

4 - Signes biologiques

- Une anémie a été notée dans 7 observations; les auteurs précisent qu'elle est hypochrome une fois, hyperchrome une fois, macrocytaire une fois, accompagnée de leucopénie une fois (et dans ce cas, le nombre des hématies est de 1.690.000 par m^3);
- l'hypoprotidémie, la diminution du taux du calcium sérique sont mentionnées chacune une fois.

5 - Dans les fèces, la stéatorrhée est notée dans 2 observations.

2 - Dans un deuxième paragraphe, nous envisagerons les troubles qui ont fait suite à 27 hémicolectomies droites (observations de PICKHARDT, BLACK et Mc EACHERN, HEIFETZ et SENTURIA, BUSSON et Collaborateurs).

a - Une intervention ultérieure a été nécessaire une fois, pour syndrome occlusif.

b - Des complications attribuables à l'anse anastomotique sont signalées 3 fois.

c - Sur le plan symptomatologique nous pouvons constater :

1 - Signes fonctionnels :

- des modifications fécales 23 fois (diarrhée, permanente ou discontinue, mais survenant volontiers après des écarts de régime); en moyenne, 2 à 4 selles semi-liquides sont émises par jour;
- dans 8 observations les malades se sont plaints de douleurs abdominales;
- une aéro-colie est notée 5 fois;
- des nausées sont mentionnées 3 fois.

2 - Signes généraux :

- l'asthénie ou la fatigabilité sont observées dans 8 cas;
- l'incapacité à prendre du poids, ou un poids inférieur à la normale sont notés 8 fois.

3 - Signes physiques et radiologiques :

- ballonnement ou météorisme sont survenus dans 3 cas;
- la dilatation de l'anse anastomosée en latéro-latérale (cul de sac dilaté) est mentionnée 4 fois.

4 - Examen coprologique. Il n'a été mentionné que dans 10 observations, et il a montré :

- une accélération nette du transit dans 2 cas, modéré dans 5 cas;

- la teneur des matières en eau est augmentée dans 5 observations;
- la cellulose digestible est abondante dans les selles 5 fois;
- la flore iodophile est absente ou très pauvre dans 5 cas.

3 - Dans un troisième ordre de faits, nous allons envisager les suites des jéjuno-transversostomies pratiquées sans résection étendue de l'intestin grêle (6 observations). Dans ce 3ème groupe, nous constatons :

- a - un décès, 1 mois après l'intervention (COUAILLIER);
- b - une fistule ayant duré 2 mois après l'intervention, puis s'étant tarie;
- c - la greffe secondaire d'un mal de POTT, 1 fois (BOMPART);
- d - dans 3 observations, on a dû supprimer l'anastomose secondairement (5 ans 1/2 et 4 ans après dans les observations de RICHARDSON et de FERRY).
- e - Sur le plan symptomatologique, on peut noter :
 - 1 - signes fonctionnels :
 - des modifications fécales 5 fois (diarrhée, 5 à 15 selles par jour);
 - des douleurs abdominales sont signalées 2 fois (fosse iliaque droite, région sous-hépatique);
 - vomissements, flatulences, éructations, fétidité de l'haleine sont notés chacun une fois.
 - 2 - Des signes généraux sont constatés dans chacune des 6 observations :
 - amaigrissement 4 fois (jusqu'à 15 KG dans l'observation de BOMPART);
 - la pâleur 2 fois,
 - anorexie, boulimie, déshydratation, dénutrition, retard de croissance, chacun une fois.

3 - Signes physiques: du météorisme, une glossite, une stomatite, et une oesophagite, sont notés une fois chacun.

4 - Signes biologiques :

- l'anémie est signalée 4 fois sur 6 (3 fois le chiffre des hématies est inférieur ou égal à 2.000.000 par millimètre cube);
- une hypocalcémie a été mesurée dans une observation à 84 mg $^{\circ}/^{\circ}$.

4 - Dans un quatrième paragraphe, nous envisagerons les troubles qui ont fait suite à 12 résections étendues de l'intestin grêle (observations de TRAFFORD, COSH, KIEFER et ARNOLD, ROBIESEK, BEZES et ZINSOU, BOTHE et Collaborateurs, HARTMAN, auxquelles nous ajouterons celle du Docteur MIALARET, et qui figure sous le numéro 18 de notre 3ème Chapitre).

a - L'étendue de la résection dans ces 12 cas a dépassé 75% de la totalité de l'intestin grêle.

b - Dans 4 cas, le décès a été observé dans un délai plus ou moins long après l'intervention :

- quelques semaines chez les deux nouveaux-nés de l'observation de HARTMAN;
- un an après la résection dans l'observation de COSH;
- deux ans après dans celle de KIEFER et ARNOLD (hépatite post-transfusionnelle).

c - Dans les 6 cas restants, la durée d'observation va de 10 mois à 4 ans.

d - Sur le plan symptomatique, on note :

- 1 - Signes fonctionnels. Des anomalies fécales sont signalées dans 8 observations; les selles sont semi-liquides ou liquides dans la plupart des cas; leur nombre habituel est 6 fois constaté comme assez modeste, mais il semble que les écarts de régime ou les circonstances de

vie inhabituelles entraînent assez souvent l'émission de selles liquides en nombre important (10 à 15).

Dans les 2 autres cas, le nombre habituel des émissions fécales est plus important (10 par jour dans notre observation n° 18).

2 - Signes généraux .

- de l'amaigrissement est noté 3 fois ;
- l'augmentation du poids est constatée 4 fois (mais dans un cas, cet accroissement est suivi d'un amaigrissement de 10,5 kg en 6 mois).

3 - Signes biologiques.

- Une anémie, sans jamais de leucopénie, a été signalée 4 fois.
- l'hypocalcémie est notée 3 fois (et dans une seule observation il y a eu des manifestations cliniques de tétanie);
- l'hypoprotidémie est signalée 3 fois.
- le potassium sanguin est abaissé une fois (4,3 mEq),
- la glycémie une fois à 0,80 g°/°°;
- une achlorhydrie histamino-résistante est constatée une fois dans le liquide de tubage gastrique.

- 4 - L'examen coprologique montre 4 fois des anomalies : dans 3 observations, une stéatorrhée (dont une fois à 15,3 g par 24 heures), la présence de fibres musculaires et d'éléments cornés dans les matières fécales est signalée une fois.

5ème CHAPITRE

REFLEXIONS
SUR LES DIVERSES OBSERVATIONS CITEES

=====

I - A propos des diverses observations que nous venons de citer, nous pouvons nous poser 3 questions:

I - L'anastomose iléotransverse sans résection colique est-elle susceptible à elle seule d'entraîner des troubles ?

2 - Ces complications sont-elles comparables à celles observées après expérimentation ?

3 - Peut-on enfin attribuer à l'iléotransversostomie des symptômes semblables à ceux qui font suite à certaines autres interventions entéro-coliques ?

1 - Quels sont les troubles constatés à la suite des iléotransversostomies ?

Nous ne ferons que les rappeler succinctement, car ils ont été notés à propos de chacun des paragraphes précédents. Sur 118 observations retenues dont les suites ont été assez précisément étudiées, on relève :

a - un syndrome fonctionnel avec

- des modifications fécales dans 62 cas: les selles sont le plus fréquemment liquides ou semi-liquides, et leur nombre est augmenté nettement;
- des douleurs abdominales, siégeant le plus souvent au niveau de l'anastomose, dans la région péri-ombilicale, ou dans la fosse iliaque droite;

- beaucoup plus contingents sont les autres symptômes constatés : vomissements, aérocolie, éructations, brûlures linguales ou oesophagiennes, enterorragie, aménorrhée.

b - Un syndrome général, où l'on peut noter :

- des modifications du poids, et il semble que, plus que sur les symptômes fonctionnels, ce soit sur les variations du poids que l'on puisse s'appuyer pour déclencher les diverses investigations cliniques et para-cliniques chez ces malades;
- l'**asthénie** est également un signe assez fréquemment rencontré;
- les autres symptômes généraux sont plus rares: boulimie, pâleur, lipothymies.

c - Parmi les signes physiques, ce sont le ballonnement ou le météorisme qui sont le plus souvent notés; puis, viennent des complications plus spéciales: infection de la plaie opératoire, fistules stercorales. Peu fréquents sont par contre les ondulations péristaltiques, une glossite, une oesophagite, de l'oedème des membres inférieurs, des modifications des phanères.

Sur le plan symptomatologique général, la tétanie ou un syndrome "sprue" ont été rarement rencontrés (3 observations au total). Quant aux modifications de l'anse anastomosée, elles sont assez souvent remarquées; nous en reparlerons.

d - Sur le plan biologique :

- l'anémie est constatée 10 fois (2 fois, il s'agit d'une anémie macrocytaire, avec leucopénie; 2 fois également cette anémie est hypochrome);
- dans trois observations il y avait une hypocalcémie nette, et 2 fois des manifestations patentes de tétanie;
- l'hypoprotéïnémie est notée 2 fois;
- l'hypoglycémie 1 fois.

Quant aux autres déséquilibres électrolytiques, ils sont beaucoup moins fréquents, et n'ont été signalés qu'une fois chacun: hyponatrémie, hypokaliémie, hyperchlorémie.

e - Sur le plan coprologique, les examens sont trop rarement pratiqués, leurs résultats discordants ne semblent pas faire ressortir d'anomalie flagrante et fréquente: sur 4 examens pratiqués, on ne note que 2 fois l'augmentation des acides organiques, et 2 fois l'augmentation de la teneur en eau (et l'on peut regretter que l'abondance de la cellulose digestible, et l'état de la flore iodophile dans les matières fécales, n'aient pas été étudiés plus souvent).

2 - Quelles suggestions pathogéniques peut-on émettre au sujet de ces troubles ?

Nous pouvons consulter sur ce point les résultats des travaux expérimentaux, à l'issue desquels une hypothèse intéressante sera peut être dégagée.

a - Entéro-anastomoses .

1 - SENN, en 1888, faisant part de ses expériences d'entéro-anastomoses chez le chien et le chat, relate 14 iléocolostomies :

- sur 7 iléocolostomies termino-latérales (dont 2 décèdent par lâchage de suture), il note une iléotransversostomie (observation n° 73) sans aucun symptôme anormal.
- sur 7 iléocolostomies latéro-latérales, une seule est iléo-transverse (observation n° 84), et fait malheureusement partie des 2 décès post-opératoires par lâchage de suture.

2 - CANNON et MURPHY, en 1906; étudient chez l'animal les entéro-anastomoses sur le grêle;

- après diverses anastomoses termino-terminales, ils ne notent aucun trouble net: le passage du bol alimentaire se fait comme si aucune anastomose n'avait été pratiquée, aucune gêne n'est apportée à sa progression;
- après anastomoses latéro-latérales, les auteurs constatent de la stase alimentaire, et une dilatation relative de l'anse anastomosée; ils attribuent ces troubles (qui ne sont que l'origine des symptômes cliniques observés) à

la section des éléments neuro-musculaires de la paroi intestinale, laquelle entraînerait des défauts du péristaltisme.

Le bol fécal, en effet, parfaitement fluide, pourrait aisément franchir l'anastomose, de même que les fragments alimentaires restés bloqués dans le cul de sac dilaté.

3 - ESTES et HOLM, en 1932, rapportent, à propos de 4 observations cliniques, les résultats de leur expérimentation chez 7 chiens; ils ont pratiqué sur ces animaux diverses anastomoses latéro-latérales (iléo-iléales, iléo-coliques plus ou moins distales). Dans les 7 cas, l'évolution a été sensiblement la même.

Deux à quatre semaines après l'établissement de l'anastomose on constate :

- diarrhée, borborygmes, météorisme;
- perte de poids progressivement accentuée;
- décès 2 à 6 semaines après l'intervention;
- et, à l'examen anatomique, dilatation et allongement du cul de sac développé aux dépens de l'anse proximale.

Pour ces auteurs, par conséquent, seule compte, dans la genèse des troubles constatés, l'existence d'une anastomose latéro-latérale; son siège importe peu.

Transposant leur résultats sur le plan clinique, ESTES et HOLM concluent que les troubles cliniques observés sont dus à la persistance de l'occlusion dans l'anse court-circuitée (dont le contenu ne se vide pas par antipéristaltisme à travers la bouche d'anastomose); si cette anse redevient perméable, les troubles ne se produisent pas;

et HOLM, l'année suivante, conclut sa publication en prônant la résection de l'anse iléale sous-jacente à l'anastomose latéro-latérale, soit d'emblée, soit secondairement lors d'une réintervention.

4 - PEARSE en 1934, relate le résultat de son expérimentation

chez 60 chiens, sur le sort de l'anse mise hors circuit, et encore occluse en totalité ou en partie.

Dans cette anse où siègeait l'occlusion pour laquelle on a pratiqué l'anastomose, le segment sous-jacent à la sténose demeure vide: les sécrétions et débris divers sont poussés par le péristaltisme normal vers l'anse colique suivante.

" Dans le segment intestinal compris entre la zone de l'occlusion et la bouche d'anastomose, au contraire, le contenu intestinal est amené et retenu. Les réactions intestinales sont alors différentes selon la longueur de cette portion d'intestin:

- les anses dont la longueur est inférieure ou égale à 30 cm semblent se vider d'elles-mêmes, ne se dilatent pas.
- si l'anse occluse a 60 cm de long, elle se dilate, et se remplit de matières; elle peut se perforer secondairement, mais n'entraîne pas de trouble par elle-même.
- si l'anse occluse a environ 1 mètre de long, elle se remplit de contenu intestinal, de corps étrangers, de débris, et aboutit à une dilatation et à une hypertrophie énormes..."

Après un temps de latence de 3 à 4 mois se trouve réalisé un syndrome fait d'anorexie, asthénie et fatigabilité (qui confinent à la léthargie), amaigrissement, On ne note ni diarrhée ni vomissement.

- Des anses de 1,50 à 1,80 mètre de long entraînent des troubles attribués à une perte importante de la surface absorbante.

Cependant, étant donné le peu de fréquence de ces troubles en clinique, l'auteur ne condamne pas l'entéro-anastomose de dérivation, mais recommande de surveiller étroitement ces malades.

- 5 - ECKEL et HOLMAN, en 1944, après avoir rapporté 4 observations cliniques d'iléo-colostomies, relatent 8 expérimentations animales, au cours desquelles ils ont réalisé une iléotrans-

versostomie latéro-latérale avec exclusion unilatérale de l'iléon terminal: ils ne constatent aucun symptôme cliniquement décelable; mais notent une "atrophie et une rétraction" du segment distal d'iléon et de la moitié droite du colon.

6 - WATTSON et Collaborateurs, en 1948, à propos des anémies constatées au décours des sténoses intestinales et d'anastomoses, et s'appuyant sur une expérimentation chez le rat, concluent que :

- une anémie peut faire suite à un rétrécissement ou à la formation d'un cul de sac intestinal (18 à 75% des cas);
- cette anémie est souvent du type para-birmérien (macrocytaire);
- la stéatorrhée est plus contingente (anastomoses jéjuno-coliques).

Cette observation expérimentale de troubles dus à un cul de sac intestinal développé aux dépens d'une anse anastomosée, et partiellement ou totalement occluse, peut donc expliquer :

- les douleurs abdominales;
- le syndrome général (amaigrissement, asthénie);
- le ballonnement et le météorisme;
- l'anémie;
- de même que certains troubles électrolytiques (chlorures, sodium, potassium);

Elle n'explique :

- ni les troubles survenus après iléotransversostomie termino-latérale;
- ni la diarrhée, si fréquente;
- ni les diminutions du taux de calcium sérique (bien que JESSEDER et HONETZ accusent le court-circuit d'un mètre de grêle d'être la cause des accès de tétanie qu'ils publient dans leur observation; il est de fait qu'un segment iléal complètement exclu, et occlus, mal drainé par une fistule à la peau, existe aussi dans l'observation de MAYER et CRISP, qui est celle d'une anastomose iléo-transverse haut-placée sur l'iléon).

D'autre part, si une anomalie (dilatation, élongation) est notée au niveau de l'anse anastomosée dans les observations que nous

citons aux chapitres précédents, cette anomalie ne coïncide pas souvent avec un trouble anémique ou tétanique (3 fois seulement). Cette dilatation de l'anse anastomosée est donc souvent asymptomatique ou pauci-symptomatique, et sans doute doit-on avoir des difficultés certaines pour la mettre en évidence radiologiquement.

b - Expérimentations sur des résections localisées ou sélectives l'intestin grêle.

I - PETRI et Collaborateurs, en 1942, relatent 5 observations expérimentales chez le chien.

- Dans un premier groupe de 3 jeunes chiens, ils procèdent à l'ablation isolée de 60 à 81% du grêle distal. A la suite de cette intervention ils observent un syndrome complexe :
 - . diarrhée chronique;
 - . émaciation; inhibition de la croissance;
 - . modifications de la peau et du pelage;
 - . "tendance" à l'achylie;
 - . anémie d'allure macrocytaire et hyperchrome (moelle sternale hypoplasique);
 - . lésions dégénératives du système nerveux central.
- Dans un second groupe de 2 jeunes chiens, ils pratiquent la résection de 75 et 82% du grêle proximal (jéjunum et iléon), et constatent :
 - . une perte transitoire des fonctions stomacales;
 - . pas de diarrhée
 - . polycythémie et tendance macrocytaire;
 - . un syndrome pellagroïde très discret.

Les auteurs en concluent, à propos de la fonction de l'iléon et du jéjunum, que

- . les 20% terminaux de l'iléon ont une action préventive sur la diarrhée;
- . la suppression de tout l'iléon entraîne une diarrhée pellagroïde "entérogène";
- . la suppression de tout le jéjunum s'accompagne de la production d'une réaction sanguine polycythémique.

2 - KRAMEN et Collaborateurs, en 1954, concluent ainsi le résultat de leurs travaux expérimentaux sur l'animal :

" On peut procéder à l'ablation des 50 à 70% proximaux de l'intestin grêle chez le chien, sans effet pathologique apparent. Le poids se maintient, l'absorption des protéines et des graisses n'est pas significativement altérée.

Le sacrifice des 50% distaux de l'intestin grêle contrarie profondément l'absorption des graisses, entraînant une perte de poids.

La valvule iléo-caecale semble avoir un rôle important sur l'équilibre nutritionnel en cas de sacrifice de l'intestin grêle distal, mais ce rôle semble moins important lors du sacrifices de l'intestin grêle proximal".

Ces dernières observations expérimentales expliqueraient donc l'existence d'une diarrhée dans les iléotransversostomies après résection iléale.

Peut-on, en poursuivant le raisonnement, attribuer à une mise hors circuit provisoire, fonctionnelle (par exclusion unilatérale, après section iléale, ou dérivation toute relative par anastomose iléo-transverse simple), ou organique (tuberculose iléo-caecale; maladie de CROHN, lésions péritonéales diverses, toutes, lésions poursuivant leur évolution malgré la dérivation) certains troubles constatés ?

On serait tenté de le faire, car de nombreux auteurs ont remarqué l'amélioration des symptômes fonctionnels (et en particulier des troubles du transit) lorsque la zone court-circuitée par l'anastomose redevenait perméable.

3 - Essayons maintenant de comparer brièvement les suites des iléo-transversostomies, et celles d'autres interventions entérocolites.

a - Les hémicolectomies droites (avec iléotransversostomie) sont suivies d'un syndrome clinique comparable :

- selles semi-liquides ou liquides, douleurs abdominales, aérocolie, nausées;

- amaigrissement et asthénie, ou fatigabilité;
 - météorisme, modifications de l'anse anastomotique.
- sont assez souvent notés.

L'étude coprologique, faite par BUSSON et ses Collaborateurs, nous apporte un autre argument appréciable: ces auteurs notent dans 5 cas (sur 10 examens coprologiques pratiqués) une augmentation de la teneur en eau, une augmentation de la cellulose digestible, une diminution de la flore iodophile, une accélération du transit; c'est, selon ces auteurs, le syndrome d'indigestion (absence de digestion) caeco-colique droite. Cette étude nous apporte donc une explication supplémentaire aux troubles constatés après iléotransversostomie: on peut considérer que cette indigestion caeco-colique droite est réalisée dans la plupart des cas. La mise hors du circuit digestif du caecum et de tout le colon droit fait éviter au bol alimentaire une importante étape de sa dégradation digestive, où il devrait normalement subir une deshydratation et une digestion de la cellulose par la flore iodophile (celle-ci peut, du reste, voir son hypothétique action ultérieure encore diminuée par un traitement antibiotique per os, comme c'est le cas pour notre observation n° 12).

Cette élimination du caecum et du colon droit de la filière digestive est d'ailleurs souvent mise en évidence par les divers examens radiologiques pratiqués après repas baryté.

- b - Quant aux jéjuno-transversostomies sans résection étendue de l'intestin grêle, elles sont suivies de troubles plus fréquents et plus graves que les iléotransversostomies: diarrhée, amaigrissement, pâleur, anémie, hypocalcémie, en dominant la symptomatologie.
- c - Les résections étendues du grêle sont encore plus graves :
 - Les symptômes cliniques qui leur font suite sont comparables à ceux des jéjuno-transversostomies sans résection, mais l'on note que, si l'anémie est peut être moins

fréquemment constatée à leur sujet, l'hypoprotéinémie et l'hypocalcémie sont plus fréquentes.

- la diminution du taux du calcium sérique semble bien d' ailleurs être plus durable qu'un mois (contrairement à l'opinion émise par WHITTAKER et BARGEN);
- une stéatorrhée est souvent notée;
- par contre, la diminution du taux du potassium sanguin paraît être moins fréquente qu'il n'est classique de la dire (BEZES et ZINSOU, rapport MALLET-GUY).

Dans ces deux dernières variétés d'intervention, aux conditions précédemment réunies en cas d'iléotransversostomies, s'ajoute une réduction importante de la surface absorbante.

II - Quelle est la place actuelle de l'iléotransversostomie dans la gamme de la thérapeutique chirurgicale des affections digestives ?

Bien que notre compétence soit des plus limitées dans ce domaine, nous dirons brièvement qu'il nous semble qu'elle ait vu se réduire le champ de ses indications.

1 - Dans le cadre de l'occlusion intestinale, elle peut encore être pratiquée, mais il semble que la majorité des auteurs ne l'envisagent que comme un pis-aller.

Précédée et suivie d'une aspiration jéjunale continue, d'une réanimation soigneuse basée sur des examens cliniques et biologiques répétés, elle ne semble être utilisée actuellement qu'en cas de contre indication locale, régionale, ou générale, à un acte chirurgical direct.

2 - Dans la tuberculose iléo-caecale, dont l'utilisation des antibiotiques semble d'ailleurs avoir favorisé la considérable diminution de fréquence, le traitement par le P.A.S., la streptomycine, le Rimifon, a considérablement réduit la place du traitement chirurgical qu'encadrent ces médicaments.

La dérivation iléo-transverse a donc encore moins d'indications qu'avant les antibiotiques.

3 - Dans la maladie de CROHN, par contre, la discussion est toujours ouverte entre les partisans de la résection et ceux du court-circuit intestinal; la très grande majorité des auteurs étant d'ailleurs d'accord pour réserver les thérapeutiques chirurgicales aux seules formes compliquées ou prolongées de la maladie.

4 - Quant aux autres indications, elles semblent encore plus réduites, et nous ne citerons que pour mémoire l'amoebome caecal, en soulignant la gravité de l'acte chirurgical chez de tels malades, qui semblent devoir bénéficier bien plus du traitement médical, ou de la résection quand elle est praticable.

III - Quoiqu'il en soit, à la suite de ces réflexions, nous voudrions exposer ce que, à notre avis, doit comprendre l'examen d'un sujet porteur d'une iléo-transversostomie, examen dont le but essentiel sera de dépister au plus tôt, et de la prévenir (par un traitement médical ou chirurgical), une complication.

On pratiquera dans cette intention :

- 1 - une observation clinique soigneuse, explorant tant le système digestif que les autres appareils, et notamment la bouche, les phanères, la peau et les muqueuses, le système nerveux; la recherche des stigmates de tétanie ne sera pas oubliée; une courbe du poids sera établie.
- 2 - des examens radiologiques de l'intestin grêle et du colon:
 - transit par voie orale, avec clichés minutés, où l'on recherchera en particulier les anomalies de l'anse anastomosée et la mise hors circuit du colon droit, du caecum, de l'iléon sous anastomotique.
 - lavement baryté, à l'affut d'un reflux colo-iléal soit par l'anastomose, soit à travers la valvule de BAUHIN;
 - examen radiologique de l'oesophage;

3 - des examens biologiques :

- numération globulaire, formule et éventuellement ponction sternale;
- examen du chimisme gastrique , et au besoin biopsie de la muqueuse gastrique;
- mesure du taux des électrolytes du sérum et notamment du calcium;
- dosage des protides sanguins, parfois complété par une électrophorèse;
- dosage de la glycémie;
- examen coprologique soigneux, qui explorera la digestion et l'absorption de l'eau et des graisses, l'orientation de la flore intestinale, les fonctions motrices.

Au terme de cet examen, on pourra espérer déceler suffisamment tôt une éventuelle complication, et en prévenir l'aggravation par une attitude thérapeutique appropriée.

Médicalement, on pourra essayer d'agir :

- sur l'apport excessif de cellulose digestible ou indigestible, par un régime approprié;
- sur l'activité de la flore cellulolytique, par l'apport éventuel per os de cultures de germes acidophiles;
- sur une anémie, par le foie, la vitaminothérapie B, et éventuellement du fer, ou même des transfusions;
- sur un syndrome tétanique, par une thérapeutique calcique.

Chirurgicalement, on sera parfois obligé de supprimer secondairement l'anastomose, ou de pratiquer une résection complémentaire.

Symptômes	Intervention	Y a-t-il eu des anastomoses stomiales sans résection	Iléotransversostomie après hémicolectomie	Anastomoses diverses : 54	Jéjunotransversostomie sans résection étendue de l'intestin grêle	Réssections étendues de l'intestin grêle
Constipation	9, attaquée	21, dont 8 observations cliniques, 13 autopsies	27 observations sur 44 relevées	170 relevées	6 observations	2 observations
Glossite		2				
Stomatite						
Oesophagite						
Modifications des phanères						
Piscine séreuse abdominale post-opératoire		6				
Intérêt du patient		3				
Météorisme ou ballonnement		8	3			
Ondulations péristaltiques		2				
Oedèmes des membranes muqueuses		0	3	12		
Modifications de l'aspect adhésif						
Ulérations sigmoïdiennes						
Hypertrophie anales						
Anémie		10		7	4	4
non dénotée		0		4	4	4
hyperchromie						
hyperhémie						

H. D. ka. on e.					
Hypnatémie					
Exams des selles			0		
A. de guaiac augmenté					
A. de guaiac normal					
Ammoniaque diminué					
Teneur en eau augmentée		2			
C. de guaiac augmenté					
F. de guaiac augmenté					
Staph.					
Staph.					
Diminution de la flore iodophile					
Accélération du transit					

CONCLUSIONS

Nous avons essayé de retirer, après lecture de 118 observations sur 275 relevées, des renseignements sur les complications qui peuvent faire suite aux interventions de dérivation iléotransverse sans résection colique.

1°) Ces complications ne sont pas fréquentes, mais elles peuvent être graves, et nécessiter une intervention chirurgicale ultérieure visant à supprimer l'entéroanastomose, ou à réparer les lésions nouvelles engendrées par elle.

2°) L'iléotransversostomie n'est pas une intervention bénigne, car c'est une intervention de sauvetage, et un certain nombre de décès post-opératoires ont été notés.

3°) Les syndromes constatés peuvent reconnaître plusieurs explications pathogéniques :

- formation d'un cul de sac dilaté aux dépens de l'anse anastomosée en latéro-latérale ;

- suppression d'une partie plus ou moins étendue du termino-iléon;

- défaut de l'étape colique droite et caecale de la digestion du bol alimentaire.

4°) Le résultat de divers travaux expérimentaux

a pu nous éclairer sur la valeur de ces diverses explications pathogéniques.

5°) Les symptômes les plus fréquents après iléo-transversostomies sans résection colique sont les suivants :

- émissions fécales anormales (19,2% des cas) :
- douleurs abdominales (8% des cas) :
- les signes généraux sont moins fréquents :
- amaigrissement 5,4% des cas :
- asthénie 2,9% des cas :

- parmi les signes objectifs physiques on a pu constater des modifications lésionnelles au niveau de l'anse anastomosée (3,6% des cas) et du météorisme (2,9% des cas) ;

- sur le plan biologique, l'anémie a été constatée dans 3,6% des cas, l'hypocalcémie dans 1% des cas.

6°) Ces divers symptômes ne diffèrent pas sensiblement de ceux observés après certaines autres anastomoses digestives.

7°) La place actuelle de l'iléotransversostomie dans la thérapeutique s'est considérablement réduite dans les domaines de l'occlusion post-opératoire et de la tuberculose iléo-caecale ; ses indications sont très discutées à propos de la maladie de CROHN.

8°) Enfin, l'établissement d'un court-circuit iléo-transverse doit être suivi d'une surveillance étroite du sujet porteur de cette anastomose intestinale.

Vu, le Président de Thèse :

Professeur MAURICE BARIETY

Vu, le Doyen de la Faculté

de Médecine de Paris

LEON BINET

Vu et permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. SARRAILH

BIBLIOGRAPHIE

- AIMES A. - L'occlusion intestinale au cours de la péritonite tuberculeuse. Rev. Chir. 1920 p. 177.
- ALANORE P.M.J. - Les formes chirurgicales de l'amibiase intestinale. Thèse imp. Paris 1957 n° 194.
- ALBOT G. et POILLEUX F. - Intestin grêle, colon, rectum
I vol. 362 p. 168 fig. MASSON et Cie 1956.
- ALGLAVE P. - Etude sur le traitement chirurgical de la tuberculose du segment iléo-caecal de l'intestin.
Thèse 199 p. Paris 1904, n° 233.
- ASHTON W.E. BALDY J.M. - Experimental studies in intestinal surgery. M. News, 58 : 230 - 237 2. 1891.
- BADELON P. et RENON L. - L'iléotransversostomie préventive dans les péritonites appendiculaires généralisées.
Mem. Acad. Chir. 1947 : 73 : 659 - 662.
- BAILLOT Melle A. - Les syndromes abdominaux aigus et subaigus observés au cours de la tuberculose pulmonaire chronique de l'adulte. Thèse Paris 1950,
74 p. dactyl.

- BAILLOU J. - A propos de 7 observations d'iléite terminale aiguë primitive. Thèse 49 p. Paris 1955, N° 924.
- BARBIER M. - 5 cas d'occlusion du grêle traités par anastomose de dérivation entre le grêle distendu et le gros intestin. Bull. Mem. Acad. Chir. 28 Octobre 1942, p. 366.
- BARGEN J.A. - Les perspectives à long terme de l'iléite régionale Gastroenterology, 27 (0), p. 127-128, Juillet 1954.
- BARGEN J.A. - Regional enteritis, an evaluation of the present-day therapeutic management. Ann. Int. Med. 47(5): 875-879 ; Nov. 1957.
- BARGEN J.A. - Non surgical management of regional enteritis J.A.M.A., 165 (16); 2045-2047 ; 21 déc. 1957.
- BARKER W.H., HUMMEL L.E. - Macrocytic anaemia in association with intestinal stricture and anastomosis. Review of litterature and report of 2 new cases. Bull. John HOPKINS Hosp. 64 : 215 - 256 ; Avr. 1939.
- BARRET Rapport A. MARTIN. - Occlusion intestinale post-appendiculaire tardive. Laparotomie médiane. Iléotransversostomie . Guérison. Soc. Nat. Chir. in Mem. Acad. Chir. 1932. p. 1227.
- BAUMANN J., BOURGEON R., - La pénicilliothérapie et l'iléostomie dans les plaies de l'abdomen. Mem. Acad. Chir. 1945, 71, p. 79 -81.

- BAUMEL J. · Tuberculose intestinale; Séance extraordinaire du 31 Mai 1947 de la Société belge de Gastroenterologie. Quelques réflexions à propos de la tuberculose hypertrophique du caecum diagnostiquée et opérée comme cancer caecal. in acta gastroenter. belgica ; 1947 ; 10 ; p. 315-316.
- BEAU A. LESURE J. PREVOT J. · Réflexions sur la conduite à tenir en présence des occlusions post-appendiculaires précoces chez l'enfant - Rev. Méd. NANCY 83 : 812-817 ; Octobre 1958.
- BERARD L. · Occlusion intestinale par torsion au cours d'une anastomose iléo-colique. Soc. Nat. Chir. in Mem. Acad. Chir. 1920, p. 1497.
- BERARD L. et PATEL M. · Formes chirurgicales de la tuberculose intestinale. I vol. 264 p. Paris 1933. MASSION et Cie éd.
- BERNARD R. HENAY E. MAESTRAGGI P. WILSON J. · Sténose en virole du grêle d'origine congénitale. Pédiatrie Lyon 12 (5) : 575-577 ; 1957.
- BERTRAND P. GIRARD M. SAUBIER E. BONNET · Indications actuelles du traitement chirurgical de la tuberculose ulcéreuse iléo-caecale. Gastroenterologia. 80, p. 129-138, 1953.
- BEZES H. ZINSOU R. · Résection intestinale massive. Etat 10 mois après l'intervention - Rapport de P. MALLET-GUY Lyon Chir. 54 (4) 598-601. Juillet 1958.

- BLACK B.M. Mc EACHERN C.G. - Redundant blind segments of intestine following side-to-side anastomosis with division of bowel. Report of 5 cases. Surg. Gynec. Obst. 86 : 177-182 : 1948.
- BLAISET P. - Evolution radiologique et clinique de la tuberculose intestinale depuis l'introduction des antibiotiques dans traitement de la tuberculose. Mémoire pour le C.E.S. d'Electro Radiologie. Paris 1958, N° 6.
- BLANC J. et SIGUIER F. L'amibiase I vol. 634 p. 1950. E.S.F. Paris ed.
- BOECKEL J. - Volvulus secondaire à une entero-anastomose. Mem. Acad. Chir. 3 Mai 1911, p. 596.
- BOLOT F. - A propos de 20 observations d'occlusions post-opératoires de l'intestin grêle. Mem. Acad. Chir. 78 ; 1952. p. 834-848.
- BOLTANSKY E. - Traitement des adhérences et des périveriscérités abdominales. I vol. 58p. Paris 1933, BAILLIÈRE ed.
- BOMPART H. - 7 observations d'occlusion post-opératoires de l'intestin grêle. Rapport M. HUET. Mem. Acad. Chir. 28 Oct. 1936, p. 1190.
- BOMPART H. - Avantages de l'entéro-anastomose dans les formes d'occlusions post-opératoires réopérées au stade de ballonnement. Rapport J. QUENU. Mem. Acad. Chir. 67 1941, 412-419.

- BOMPART H. - A propos de l'occlusion post opératoire précoce. Mem. Acad. Chir. 77, 17 Mai 1951, p. 525-526.
- BOMPART H. - L'avenir des anastomoses intestinales établie en période d'occlusion. Formes chirurgicales du syndrome sprue. Mem. Acad. Chir. 78, 1952, p. 419-423.
- BONAFE L. - La tuberculose intestinale des tuberculeux pulmonaires. Etude médicale et pratique. I vol. 223 p. Paris 1936. S.E.P. ed.
- BONNIOT A. DOUADY D. COHEN R. - Valeur du traitement chirurgical de la tuberculose intestinale chez les tuberculeux pulmonaires. Rev. tuberc. 1948, 12, p. 692-711.
- BOQUIEN Y. et MOUSSEAU M. - Sur un cas de péritonite encapsulante. Diagnostic clinique et radiologique. Arch. Mal. App. digest. déc. 1953, 42, N° 12, p. 1386-1393.
- BOTHE F.A., MAGEE W.S. DRISCOLL R.H. - A massive resection of the small intestine from 15 centimeters distal to the ligment of TREITZ to within 6 centimeters of the iléo-caecal valve with a 4 years follow up Ann-Surg 140, 755-758, Nov. 1954.
- BREUZARD J. - Contribution à l'étude des aspects nouveaux de la tuberculose intestinale. Thèse dactyl. 91 p. Paris 1959, n° 511.

- BROWN C.H. DAFFNER J.E. - Regional enteritis. II Results of medical and surgical treatment in 100 patients. Ann. Int. Med. 49(3): 595-606. Sept. 1958.
- BURNAND R. PERRET CH.A. - Sur la séméiologie; le diagnostic précoce et le traitement opératoire des formes dites médicales de la tuberculose intestinale. Rev. Tuberc. 1926, 7. p. 817-856.
- BUSSON A. PILLOIS, BELCOURT. Entérite terminale folliculaire et segmentaire (maladie de CROHN) traitée par infiltration régionale de novocaïne (technique de FORGET). Arch. Mal. App. digest. 43: 1095. Nov. 1954.
- BUSSON A. Observation démonstrative de la réversibilité des lésions de la maladie de CROHN au stade de l'entérite subaiguë, avec adénopathie mésentérique. Arch. Mal. App. digest. 47(12): 1336-1347. Déc. 1958.
- BUSSON A. - SAVOURET J. GOIFFON B. - Etude sur la coprologie fonctionnelle des hémicolectomies droites et de l'indigestion caeco-colique droite. Acta Gastroenter. belg. 21(1): 7-21 Janv. 1958.
- BUTT H.R. WATKINS C.M. Occurrence of macrocytic anaemia in association with lésions of the bowel. Ann. Int. Med. 10-1. 222, 1936.
- CALLUM E.M. Amoeboma of caecum. Brit. Med. J. 1953(2) p. 1087.

- CALUWE L. de. et FORNHOFF M. - Iléite régionale et pseudo-iléites. Acta gastroenter. belg. 1950, 13, 1118-1129.
- CAMERON D.G. WATSON G.M. PHIL D. WITTS L.J. - The clinical association of macrocytic anaemia with intestinal stricture and anastomosis. Blood. Juil. 1949. 793-802.
- CANNON W.B. MURPHY F.T. - The movements of the stomach and intestines in some surgical conditions. Ann. Surg. 1906 p. 512.
- CARAYON A. HERVE A. GAILLARD F. COYNE F. Les occlusions intestinales aiguës pour amoebomes, 6 cas. Méd. trop. 16 5 1956.
- CARCASSONNE F.M. SIMEONI M. - Récidive d'iléite segmentaire sur moignon iléal restant. Soc. gastroenter. du littoral méditerranéen ; séance du 17 Janvier 1960, in arch. mal. App. digest. 1960, 49, N° 5, p. 658-660.
- CHOSSON J. - L'entéro anastomose dans le traitement des occlusions aiguës et subaiguës de l'intestin grêle. Thèse MONTPELLIER 1927.
- CHRISTOPHE L. SCOVILLE A. de. Récidives de l'entérite chronique aspécifique régionale. Act. gastroenter belg. 1950, 13, p. I III-I II7.

- CHRISTOPHER F. - Vicious jejuno colostomy with chronic iléac obstruction : importance of intestinal localization. Am. J. surg. 1935, N° 29, p. 124.
- CLAWSON D.K. - Side-to-side intestinal anastomosis, complicated by ulcération, dilatation, and anaemia: physiologically unsound procedure. Surg. 34, 254, 257, 1953.
- COIQUAUD - Sur l'opportunité des différents procédés d'entéro-anastomose des occlusions précoces post-opératoires. Thèse Bordeaux 1943.
- COLSON J.A. PARVAIS P.L. - A propos d'un amoebome de l'angle colique droit. Bull. Soc. med. mil. fr. 51(6) 280-284, Juin 1957.
- CONNELLY M.W. MAYO C.W. - Late recurrence of regional enteritis, Report of case. Proc. staffomeet, May Clin, 23 fév. 1955, p. 68.
- COSH J.A. - Tetany after extensive gut resection. The Lancet. 4 Nov. 1944, p. 596.
- COUAILLIER M.M.G. - Occlusions post-opératoires secondaires précoces. Traitement iléotransversostomie. Thèse dactyl. Paris 1945, 40 p. N° 424.
- COUINAUD Cl. PERES C.R. - La résection de la dernière anse iléale est-elle une intervention dangereuse ? Faut-il la rejeter au profit de l'hémi-colectomie droite ? Reflexions à propos de 5 cas. J. Chir. 73 (5) 461-469, Mai 1957.

- COURTY L. WIART P. LAMORIL P. GENET C. - A propos d'un cas de maladie de CROHN récidivante évoluant en 2 épisodes séparés de 39 ans. J. Soc. méd. Lille 76 (11), 459-466, Nov. 1958.
- CRISMER R. DREZE Ch. - Le traitement de la maladie de CROHN par la delta-cortisone. Acta gastroenter. belg. 22, 229-243, Avr. 1959.
- CROHN B.B. GINSBURG L. OPPENHEIMER G.I. - Regional ileitis J.A.M.A. 1932, 99, p. 1323.
- CROHN B.B. JANDWITZ H.D. - Réflexions sur l'iléite régionale. 20 ans après. J.A.M.A. 156 (13) p. 1221-1225, 27 Nov. 1954-
- CROHN B.B. - Regional ileitis. Med. Clin. N. Am. Mars 1956, p. 513-518.
- CROHN B.B. - Indications for surgical intervention in regional enteritis. Arch. Surg. 73 (3) 305, Mars 1957.
- CROHN B.B. - Life history of regional ileitis. Gastroenterologia Basel. 89 (5-6) 352-358, 1958.
- CUFFEL R. - Contribution à l'étude du traitement de l'occlusion post-opératoire. L'entéro-anastomose à la demande : ses résultats immédiats et lointains. Thèse imp. Paris 1943, 71 p. Foulon ed.
- DALSACE J. MOYSE P. TOURNEUR R. - Maladie de CROHN iléo caeco appendiculaire. Arch. Mal. App. digest. 65. (1-2) Janvier fév. 1956.

- DELANNOY E. PARIS J. GAUTHIER P. - Maladie de CROHN fistulisée dans le vagin, échec de l'exclusion.
Résection. Mort par septicémie d'origine péritonéale. Arch. Mal. App. digest. 45 (1-2), 130-135.
Janv. fév. 1956.
- DETRIE P. - Les formes aiguës de l'entérite régionale.
Diagnostic et traitement. Jour. Chir. 75 (2), 156.
174. Fév. 1958.
- DISSARD P. - Etude anatomo clinique des amosbomes. Thèse
Lyon 1954.
- DIXON C.F. - Régional enteritis. Ann. Surg. Nov. 1938
p. 857-866.
- DUBARRY J.J. ROUX M. - Etude anatomo clinique et thérapeutique de la tuberculose intestinale* données récentes. I vol. 136p. Paris 1951, Bailliere ed.
- DUNCOMBE M. - Occlusion intestinale post opératoire traitée par iléocolostomie et injections intra-veineuses de sérum salin hypertonique Rapport R...
Proust. Soc. Nat. Chir. in Mem. Acad. Chir. 1928
p. 1482-1485.
- DUNCOMBE M. - Rapport J. OKINCZYK. Occlusion intestinale aiguë après appendicectomie traitée par dérivation interne. Mem. Acad. Chir. 1933 p. 1047.
- DUPONT R. - L'entérosnastomose dans l'occlusion post-opératoire. Rapport J. QUENU. Mem. Acad. Chir. 68, 1942, p. 354-356.

- ECKEL J.M. HOLMAN C. Comments on ileocolostomy and intestinal exclusion. Surg. 15, 307, 1944
- ERRARD, NEDELEC Rapport G. LARDENNOIS. Iléite terminale. Iléite terminale perforée à colibacilles. Mem. Acad. Chir. 1er Fév. 1939, p. 143-145.
- ESTES W.L. HOLM C.E. The fate of the obstructed loop in intestinal obstruction following anastomosis around the obstruction without resection. Ann. Surg. 1932, 96, p. 924-929.
- ESTES W.L. Enteritis of the obstructed loop, following enteroanastomosis for intestinal obstruction. Ann. Surg. May 1937, 105, N° 5, p. 871-877.
- ESCHBACH A. Sur un cas d'occlusion intestinale par torsion autour d'une anastomose iléo-colique. Thèse Lyon 1921. 44p. N° 155.
- FARREGOULE M. LAMY R. THIODET J. MONDZAIN LE MAIRE M.L. Tuberculose du grêle à forme sténosante. Algérie Med. 62 (6) 669-670 Juin 1958.
- FERGUSON L.K. Surgical viewpoint in regional ileitis J.A.M.A. 165 (16) 2048-2052, 21 déc. 1957.
- FERRY C. Intérêt du NOBLE dans les péritonites aiguës A propos de 8 observations. Rapport J. FRANCILLON Lyon Chir. 54 (3) 438-445 Mai 1958.
- FEY A. CUBBINS W.R. Enterostomie dans l'occlusion, mortalité Surg. Gynec. and Obst. Mars 1935 p. 738

- FIGARELLA J JEAN A. Les iléites terminales. I vol. 91p.
G. DOIN et Cie ed. Paris 1946.
- FINNEY J.M T. - Post operative ileus. Ann. Surg. 1906, I
870-904.
- FONTAINE R. FRANCK P. WARTER P. KIM M. TUCKMANN L. - Les
lipomes du caecum avec invagination iléo-caeco-
colique. Lyon Chir. 54 (6), 841-848, Nov. 1958.
- FORGET R. - Iléites régionale. Heureux effet d'une injec-
tion de novocaïne intrapariétale. Arch. Mal. App.
digest. T. 34 Janv. Fév. 1945, p. 96-100.
- FRANCILLON J. et MOISANT J. - Obstruction du grele par
corps étrangers déglutis. Lyon chir. 50 (4). 5 Juin
1955. p. 418-425.
- FROEHLICH F. FRUHLING L. KISSEL NIKES - La tuberculose
hypertrophique e chronique et sténosante pseudo
tumorale de l'iléon. J. Chir. 1948, 64, p. 88-95.
- FUCHS F. - Beiträge zur chirurgischen klinik der Darmtu-
berkulose. Brüns Beitr. z-klin chir. t. 136,
1926, N° 3 p. 514-527.
- GAGNON G. - Entérite régionale. Laval Méd. 24 (3), 365-397
1957.
- GAGNON G. - Entérite régionale. Laval Méd. 25 (1), 74-99
Janv. 1958 conclusion.
- GARLOCK J.H. CROHN B.B. - An apprecial of the results of
surgery in treatment of regional ileitis. J.A M.A.
127. p 205, 1945.

GARLOCK J. H. CROHN B. B. KLINE J. H. YARNIS H. An appraisal of the long term results of the surgical treatment of regional ileitis. Gastroenterology 19, 414, 1951.

GASTAUD M. - Iléite segmentaire de l'intestin grêle. Rapport de G. MICHOTÉY, Marseille Chir. 10 (5) : 600-604 Nov. déc. 1958.

GINSBURG L. COLP R. SUSSMAN M. - Ileocolostomy with exclusion Ann. Surg. 110, 648-655, 1939.

GIRARD M. FRAISSE H. POTTON. A propos d'un cas d'amibiase caecale à forme tumorale. Arch. Mal. App. digest. 44 (5) 691-693, Mai 1955.

GIRARD M. PLANCHU M. MICHEL J. - Considérations sur le traitement actuel des péritonites tuberculeuses de l'adulte. Soc. Nat. fr. de gastroenterologie séance du 4 Avril 1960, in arch. mal. App. digest. 1960, 49, N° 6, p. 770-779.

GOFFIN R. Tuberculose intestinale séance extraordinaire du 31 Mai 1947 de la société belge de gastroenterologie. Thérapeutique spéciale (chirurgie) in acta gastroenter. belg. 1947, 10 p. 237-247.

GORRICHON - L'ambiase caecale pseudo-tumorale. Thèse Bordeaux 1947 imp. N° 151.

GOUTX M. - Sur 1 cas de tumeur inflammatoire du caecum et du colon ascendant. rapporté par A. DEVIN in Marseille chir. 7 (I) 1er fév. 1955, p. 65-69.

- GRACE E J. Chronic obstructing iléitis treated with
a simple ileocolostomy, A 26 years follow-up.
Med Times, 84 (12), 1299-1301, Déc. 1956.
- GROUSSE R. GILLET MOLLET A. - Iléite terminale chronique
et chirurgie. Acta gastroenter. belg. 13 fév.
1950, p.127-141.
- VON HACKER - Über die Bedeutung der Anastomosenbildung
am Darm für operative Behandlung der Verengerungen
desselben. Wien. Klin. Wschr. I 359-362, 1888.
- HANDLEY S. - Discussion on acute intestinal obstruction.
Brit. m. j. Janv. 1925, p. 995.
- HARBISON J.P. - Le principe de l'exclusion complète dans
les cas de fistule de l'intestin grêle. Surg.
Août 1950, 28, 2, 384-392.
- HARDOUIN J.P. - Tuberculose iléocaecale. in Encyclopédie
médico-chirurgicale. Estomac. Intestins, 9060-
A-10. Janv. 1959.
- HARRIGAN - Acute intestinal obstruction following append
ectomy. Surg, Gynec, and obst. T.28, Juin 1919,
p. 561.
- HARRISON W.F. - The histopathology of appendical amoebiasis
with case report. Ann. Int. Med. 2, 1081, Avr.
1929.
- HARTMAN Sh. W. - Résection massive du grêle dans l'enfance
Western J. of. surg. Obst. and Gynec. 65(I), Janv.
fév. 1957.

- HAWTORNE H.R. FROBESE A.S. - Chronic stenosing regional enteritis ; surgical pathology and experience in surgical treatment. *Ann. Surg.* 130, 233, 1949.
- HEIFETZ C J. SENTURIA H.B. - Blind intestinal pouch resulting from lateral anastomosis. *Surg.* 27, 673-683.
- HEITZ J. - Contribution à l'étude clinique et au traitement chirurgical de la tuberculose intestinale. Thèse 368 p. imp. Lyon 1930, BOSC et RIOU ed.
- HERBERT Rapport CAPETTE - 1° Un cas d'iléite aiguë
7° Suite d'une observation personnelle. *Mem Acad. Chir.* 8 fév. 1939 p. 174-186.
- HOLM C.E. - The fate of the side-tracked loop of ileum following lateral anastomosis for complete benign obstruction. *Surg. Gynec. and obst.* 56, 4, Avr. 1933, p. 746.
- HUARD P. - Nouvelles recherches sur les aspects chirurgicaux des dysenteries et colites tropicales. *Arch. Mal. App. digest.* 1937, 27, p. 473-518.
- INGEBRIGTSEN R. - Rapport OKINCZYK - De l'entéro-anastomose dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë. *Soc. Nat. Chir. in mem. Acad. Chir.* 27 Oct. 1920, p. 1183-1193.
- IRWIN G. et Mc DONALD S. - Two cases of localised phlegmonous enteritis. *Brit. J. Surg.* 1932, 19, p. 362-373
- JACKSON B B - Chronic regional enteritis a survey of 136 cases treated at the Massachussets General Hospital from 1937 to 1954. *Ann Surg.* 148(1), 81-87 Jul 1958

- JANVIER - L iléotransversostomie systématique dans les occlusions post-opératoires précoces. Rapport J. QUENU. Mem. Acad. Chir. Oct. 1945, 71, p. 363 368
- JESSEDER M HONETZ N. - Enterogene Tetanie nach Iléotransversostomie. Deut. Med. Wochr 82 (34) 1369, 23 Août 1957.
- JOURDE L. - L'entérecolite folliculaire et segmentaire (iléite terminale ou maladie de CROHN) Thèse dactyl. Paris 1947.
- JOYEUX - Le problème thérapeutique dans les occlusions post-opératoires secondaires précoces. Rapport J. SENEQUE. Mém. Acad. Chir. 77, mai 1951, p. 485-490.
- KIEFER E. ARNOLD W. - Nutritional troubles following intestinal resection for regional ileitis - J.A.M.A. 11 Nov. 1950, 144, p. 903.
- KRAMEN A J. LINNER J.H. NELSON C.H. - An experimental evaluation of the nutritional importance of proximal and distal small intestine, Ann-Surg. 1954, 140, 439, 448.
- KUMMER E. - Entero anastomose dans l'occlusion aiguë de l'intestin grêle par brides inflammatoires. Bull. Soc. Chir. de Paris 22 déc. 1920, p. 1502-1503.
- KUTTNER H. - Die seitliche Darmvereinigung mit Verschluss der Darmenden nach V. FREY als Ersatz der circulären Darmnaht. Beitr. Klin. chir. Tub. 17, 505 525, 1896.

- LAFILLE A propos de 2 observations d'iléite régionale
Thèse Paris 1952, dactyl. N° 680.
- LAKAH L.A. - Contribution à l'étude du traitement de la
tuberculose iléocaecale d'après 3 cas traités
par l'association streptomycine, PAS et I.N.H.
Thèse 46p. dactyl. Paris 1954, N° 942.
- LANCE F.M. - Etude clinique sur l'exclusion de l'intestin
Thèse Paris 1903, 166 p. N°348.
- LANGE J. - L'iléotransversostomie dans les formes d'oc-
clusion post appendiculaires précoces réopérées
après poursuite au maximum du traitement médical.
Rapport J. QUENU Mem. Acad. Chir. Oct. 1945, 71,
p. 363-368.
- LARDENNOIS G. - Péricolites chroniques, 36^e congrès de
chirurgie Oct. 1927.
- LARDENNOIS G. - Iléite nécrosante, créatrice de fistules
multiples d'extension exceptionnelle, consécutive
à une péritonite appendiculaire, Mem. Acad. Chir.
1938(1) séance du 9 fév. 1938, p. 236-240.
- LEAR P.E. - The physiological bases for surgical manage-
ment of regional enteritis. Surg. clin. No. Am.
38 (2) 545, 559, Avr. 1958.
- LE BOEUF - De l'entéroanastomine à distance dans l'occlusion
intestinale post-opératoire. Thèse Bordeaux 1934,
63 p. N° 157.

- LE CAIN Contribution à l'étude de l'entéro-anastomose
a minima comme traitement de l'occlusion intestinale post-opératoire en particulier après appendicectomie. Thèse Paris 1944.
- LEE CLARK Jr R. DIXON C.F. - Regional enteritis. Surg.
Fev. 1939, 5(2), 277-304.
- LEGER L. MONTETTE F. DENIS B. STEG A. - Péritonite encapsulante au décours d'un pneumopéritoine thérapeutique, réflexions sur un nouveau procédé diagnostique. Press Méd. 66 (82), 1832 - 1833, Nov. 1958.
- LEIBOVICI R. YOVANOVITCH B.Y. - Quelques remarques sur la
péritonite encapsulante. Etiologie, Diagnostic
et traitement à propos de 6 observations personnelles inédites Rev. Chir. 1938, 76, 734-761.
- LEWISOHN R. - Segmental enteritis, Surg. Gynec. Obst. Fév.
1938, 66, p. 215-222.
- LILLEHEI R.C. VANGENSTEEN O.H. - Bowel function after colectomy for cancer, polyps, and diverticulitis.
J.A.M.A., 159 (3) 1er Sept. 1955, p. 163-170.
- LITTLE W.D. ZERFAS L.C. TRUSLER H.M. - Chronic obstruction
of the small bowel. The result of 2 enteroanastomosis and apparently the cause of pernicious
anaemia. J.A.M.A. 20 Oct. 1929 p. 1290-1291.
- LONG J.W. - The value of enterocolostomy combined with
enterostomy in acute peritonitis. Surg. gynec.
and obst. Jul. 1926, 61.

- MAC CANN J.C. - Omental adhesion syndrom. Post-operative dysfunction of the transverse colon. Surg. Gynec. Obst. 1941 72 p.707-721
- MAISONNEUVE - Présentations de pièces. Discussion Bull. Mem. Soc. Nat. Chir. 1er fév. 1854, p. 381
- MAKINS G.H. in BURGHARD -A system of operative surgery. Vol. 2, p.361, 560 London 1909.
- MASMONTEIL F. - Occlusions intestinales post-opératoires Rev. Chir. T. 76, 1938, p. 603-631.
- MASSION J. EDELMAN G. - La maladie de CROHN, Actualités Hépto-gastro-entérologiques de l'Hôtel Dieu. Paris 1956. Masson et Cie ed.
- MAYER L.D. et CRISP L.H. - Tetany from small bowel resection and large bowel exclusion. Gastroenterology. déc. 1949, 13, p. 597-602.
- Mc EACHERN G.C. et coll. - Symptomatic blind segment of intestine following side-to-side anastomosis of intestine. Arch. Surg. 74(2) 273, Fév. 1957.
- MELCHIOR E. - Spontanes Verschwinden einer Ileokolostomie. Zbl. Chir. 82 (16,) 652-654, Avr. 1957.
- MERIEL E. - Les syndromes douloureux de la fosse iliaque et du flanc droits. I vol. 374p. Paris 1945. DOIN ed.
- MEULENGRACHT E. Darmstrikturen und perniziose Anämie. Darmresektion. Act. med. scandinav. 56, 432-442, 1922.

- MIGINIAC - Rapport A. LAPOINTE - Occlusion intestinale chez un laparotomisé de guerre. Entero anastomose au bouton de JABOULAY. Nouvelle occlusion par le bouton. Extraction du corps étranger par laparotomie. Guérison définitive. Soc. Nat. Chir. in Mém. Acad. chir. 30 Nov. 1921, p. 1290.
- MILDWIDSKH H. BARZILAY - Free perforation and recovery in a case of regional enteritis. Gastroenterology, vol. 27 1, Juillet 1954, p. 112-120.
- MOIROUD P. - Rapport J. OKINCZYK. Péritonite chronique adhésive et occlusion aiguë du grêle. Anastomose iléotransverse. Guérison. Mem. Acad. Chir. séance du 11 Juin 1924, p. 696-699.
- MOIROUD P. - Tumeur inflammatoire du grêle complication d'annexite. Occlusion intestinale aiguë, Anastomose iléotransverse. Guérison. Rapport OKINCZYK Bull. Soc. Chir de Paris, séance du 13 Mai 1925.
- MONPROFIT, ROUX - De l'anus artificiel et de l'anastomose intestinale dans le traitement de certaines occlusions. Congrès de Chirurgie, 24 Octobre 1902, p. 638-644.
- NARBESHUBER K. - Strikturanämie und Leberdiät. Med. Klin 27, 381-383, 13 Mars 1931.
- NEUMAN H.W. BARGEN J.A. JUDD E.S. - A clinical study of 201 cases of regional segmental colitis. Surg. gynec. obst. 99, 5, 1954, p. 563-571.

- OCHSNER A. DE BAKEY M. - Surgical amoebiasis. New. Intern. Clin. I, 68, 1942.
- OKINCZYK J. - Récidive d'occlusion intestinale 2 fois traitée chirurgicalement et guérie. - Bull. Soc. Chir. de Paris, 12 Déc. 1923, p. 1496.
- PARODI L. - L'amoebome, tumeur colique inflammatoire, à caractères anatomiques propres; à propos de 4 observations. Med. Trop. 18 (5) 755-782, Sept-Oct. 1958.
- PATEL M. - Rétrécissements multiples de l'intestin grêle (forme ulcéro-cicatricielle) entéro-anastomose, Guérison datant d'un an et demi. Soc. Chir. Lyon, in Lyon méd. 104, 60-62, 1905.
- PATRICE - Occlusion intestinale post-opératoire, iléo-transversostomie dans le traitement. Thèse Paris 1947. imp. Foulon, 89p.
- PAUCHET V. - Rapport P. Lecene - Ulcus peptique post-opératoire du colon. Bull. Acad. Chir. 5 Avr. 1922. p. 514-517.
- PEARSE H.E. - Experimental chronic intestinal obstruction from blind loops. Surg. Gynec. and obst. 59, 1934, 726-734.
- PETRI S. JENSENIUS H. NORGAARD F. THYSSEN E. - Experimental studies of pernicious anaemia by operation on digestive tract.
I- Result of extensive resection of distal part of

small intestine on pups p. 75-89.

2- Result of extensive resection of proximal part of small intestine on pups p. 116-122.

Act. med. scandinav. 111, 1942.

- PEYCELON R. REPLUMAZ P. - L'hémicolectomie droite dans les fistules stercorales sur anse saine de la région iléo-caecale. Lyon chir. 50 (5), Juillet 1955, p. 586-589.
- PIETZ D.C. - Nutritional and electrolyte evolution in massive bowel resection. Gastroenterology, 31, 59-73, Juil. 1956.
- PICKHARDT O.C. - Blind pouch growth occurring 9 years after partial colectomy with lateral anastomosis. Ann. Surg. 97. 116-117, 1933.
- PLOYE M. - Considérations chirurgicales sur l'amibiase iléocaccale. Bull. Soc. path. exot. 11 Avr. 1951,
- POINSON R. MONGES H. - Les péritonites tuberculeuses à formes pseudo-cancéreuses. Concours méd. 1950, 31, 453-455.
- POSEY E.L. BARGEN J.A. - Jéjuno-iléac insufficiency - Its relations to the sprue syndrom. Surg. clin. N. Am. Août 1948, 28, 903-924.
- RADKE R.A. - Amoeboma of the intestine, an analysis of the disease as presented in 78 collected and 41 previously unreported cases. Ann. Intern. Med., Nov. 1955, p. 1048-1066.

- RAVDINS I.S. RHOADS J.E. - Regional ileitis and fibroplastic appendicitis. Ann. Surg. Sept 1937, p. 394-406.
- RAYNER H.H. - Acute appendicitis and intestinal obstruction Brit. Med. J. 27 May 1924, p. 855-858.
- RAZEMON P. HOUCKE E. - Deux cas d'iléite terminale traitée par résection. Mem. Acad. Chir. 78, 1952, 392-397.
- RENON, LAFFITTE - 26 Observations d'occlusions d'origine appendiculaire. Soc. Nat. Chir. 1934, p. 333.
- RIBAS-RIBAS E. GALLART MONES F. ROCA de VINALS R. - Péritonite encapsulante. Arch. Mal. App. digest. 1946, 35, 433-442.
- RICHARD A. - Les fistules du grêle d'origine tubercul Mem. Acad. chir. 1939, p. 712-714.
- RICHARDSON J.E. - Addisonian anaemia following enteroanastomosis. Brit. J. surg. 33, 71, 1946.
- RICHARDSON B.D. - Massive resection of the small intestine. Arch. surg. 73, 981-984 dec. 1956.
- RIVES J. - Kyste hydatique de l'angle iléo-caecal. Afr. franc. chir. 15 (1) 70-72, 1957.
- ROBIESEK F. - Subtotale Dünndarmextirpation wegen innerer Inkarzeration. Zbl. f. chir. 81, 729-731, 1956.
- ROUX M. - La tuberculose intestinale. Incidences des thérapeutiques nouvelles. Paris médical 1950. 40, p. 474-476.

- Roux M. et TROUILLARD P. - Possibilités et limites de la dérivation interne dans le traitement des occlusions secondaires précoces. Mem. Acad. chir. 23 Mai 1951, 553-558.
- ROUX G. et BAUMEL H. - Hémicolectomies de nécessité pour stase chronique du colon droit. Arch. Mal.App. digest. 47(4) 338-341, 1958.
- RUTKOWSKI J. - Mésentérite cicatricielle sclérosante et rétractile. Presse médicale, 26 déc. 1923 p.1084.
- SAUTOT J. - Diverticulite aiguë du caecum. Hémicolectomie droite. Guérison. Lyon chir. 50(6) 8 Sept. 1955 p. 743-744.
- SENEQUE J. - A propos de la communication de R. Forget sur l'iléite terminale. Arch. Mal. App. digest. 12 Fév. 1945, p. 96-100.
- SENEQUE J. et COUADE M. - Quelques considérations sur les volvulus aigus du caecum. J. chir. 64, 9, 1948, p. 409-419.
- SENN N. - An experimental contribution to intestinal surgery with special reference to the treatment of intestinal obstruction. Ann. surg 7: 264-421, 1888.
- SEYER J.R. - Contribution à l'étude étiologique clinique et thérapeutique des occlusions intestinales post-opératoire. Thèse 1945 imp. L. Arnette Paris 136 p

- SHAIKEN J. · The diagnosis and treatment of chronic regional enteritis. Am. J. Gastroenter. 28(5) 566-574. Nov. 1957.
- SODRE H. CROCE J. · Granuloma amebiano do intestino grosso. C. Hospital, 43 p. 305-323, Mars 1953.
- SOULLARD J. · Périviscérités. In Encyclopédie médico chirurgicale 1953, fasc. 2039, A 10.
- STURGIS C.C. · Present status of pernicious anaemia experiences with 600 cases over 8 years. Ann. Int. med. 10, 283, Sept. 1936.
- SWEETMAN W.R., WISE R.A. · Acute perforated tuberculous enteritis, surgical treatment, Ann. surg. 149, I 143-148, Janv. 1949.
- TERRIER · Rétrécissement de l'angle gauche du colon transverse. Colo-colostomie, Résultat excellent. Bull. Mem. Soc. Chir. de Paris, séance du 16 Avr. 1902, p. 467-473.
- TERRIER · Discussion sur les anastomoses iléo-rectales. Bull. Mem. Soc. chir. de Paris, 15 Nov. 1905, p. 926-942.
- DE THOMASSON · Péritonites aiguës diffuses traitement. In Encyclopédie médico-chirurgicale, 1949, fasc 2033-C.
- TINGAUD, CABANIE · Sur 2 cas de tumeur caecale d'origine amibienne Soc. de Chir. de Bordeaux et du S.O in Bordeaux chirurgical, Janv. 1950, p. 46-48.

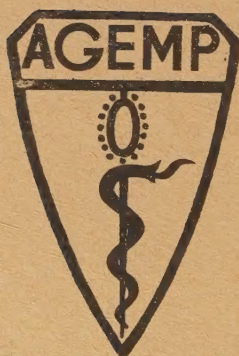
- TRAFFORD H.S. - Survie après résection massive de l'intestin grêle. A propos de 2 cas. Brit. J. surg. 44 (183,) 10-13, Juillet 1956.
- TURNER G.G. - Modern operative surgery, Ed. 3. vol. I, Cassel and C^o Ltd, New York 1943, p. 930-931.
- URMY T.V. RAGLE B.H. ALLEN A.W. JONES C.M. - Beri-beri secondary to short-circuiting small intestine. New Engl. med. J. fev. 1934, p. 210-251.
- VAUGHAN J.W. - Entero-anastomosis in intestinal obstruction. Ann. surg. Oct. 1930, p.704.
- VELTMAN A. - Ileitis terminalis. Röntgenpraxis. Juill. 1937 p. 465-467.
- VERHAEGHE M. DEVAMBEZ J. SOOTS G. GODEFROY-VENDEVILLE Y. - 8 cas de tumeurs de l'intestin grêle. Arch. Mal. app. digest. 46(II,) 1073-1087, Nov. 1957.
- VIGUIE R. EUDEL F. - Forme caecale de la maladie de CROHN Arch. mal. App. digest. 44(5) Mai 1955 p. 598-606 discussion, intervention de Boquien.
- WARD VAN PATTEN N. BARGEN J.A. DOCKERTY M.B. FELDMANN W.H. MAYO CR.W. WAUGH J.M. - Regional iléitis, Gastroenterology. 26, 3, Mars 1954, 347-450.
- WATTSON G.M. COMERAN D.A. WILTS L.S. - Experimental macrocytic anaemia in the rat. Lancet 255, 404-408, 1948.

- WHITTAKER L.D. BARGEN J.A. - Observations on the human being following colectomy or colonic exclusion with ileostomy. Surg. Gynec. Obst. 64, 1937, p. 849.
- ZAGDOUN Rapport J. QUENU - Occlusion post-opératoire. Fistule stercorale totale. Iléotransversostomie. Guérison. Mem. Acad. chir. 15 Mai 1946.
- ZETZEL L. - Regional ileitis 25 years later. discussion, Am. J. Gastroenter. 29 (3) 290-303, Mars 1958.

TABLE DES MATIERES

	page
Introduction.....	
1er Chapitre : Historique.....	1
2ème Chapitre : Exposé des observations d'iléotrans-	4
versostomies relevées dans la littérature médicale.	
I Iléotransversostomies pour occlusions post-	
opératoires.....	5
II Iléotransversostomies pour tuberculose iléo-cae-	
cale.....	16
III Iléotransversostomies pour maladie de CROHN.....	24
IV Iléotransversostomies pour amibiase tumorale du	
colon droit.....	37
V Iléotransversostomies pour affections intesti-	
nales diverses.....	38
VI Iléotransversostomies pour affections péritonéa-	
les diverses.....	41
1 tableau récapitulatif.....	43
3ème Chapitre . Exposé de nos observations.....	44
I Iléotransversostomies pour occlusions post-	
opératoires.....	45
II Iléotransversostomies pour tuberculose iléo-cae-	
cale.....	52
III Iléotransversostomies pour iléite.....	60

	page
IV Iléotransversostomies pour occlusions post-opératoires.....	62
V Iléotransversostomie pour invagination intestinale aiguë.....	68
VI Iléotransversostomies pour abcès appendiculaire	70
VII Jéjuno-transversostomie.....	71
VIII Réflexions sur nos observations.....	72
1 tableaux récapitulatifs.....	75bis
4ème Chapitre : Notes sur quelques autres interventions chirurgicales.....	76
A Anastomoses diverses non compliquées.....	76
B Complications après diverses anastomoses.....	77
C 5 observations de résection étendue de l'intestin grêle.....	86
D Résultats, et groupement des complications.....	86
5ème Chapitre : Réflexions sur les diverses observations citées.....	93
I Les troubles après iléotransversostomies.....	93
1°/ Récapitulation des symptômes.....	95
2°/ Etude des travaux expérimentaux.....	95
3°/ Comparaison avec d'autres interventions....	96
II Place de l'iléotransversostomie dans la thérapeutique.....	102
III Examen d'un iléotransversostomisé.....	103
1 tableaux récapitulatifs.....	105
Conclusions.....	106
Bibliographie.....	



AGEMP
POLYCOPIE

8, rue Dante
PARIS-Ve

Téléphone : ODÉon 58 90